



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório da Prática Especializada em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Tânia Filipa de Oliveira Felisberto

Leiria, maio de 2014



Instituto Politécnico de Leiria
Escola Superior de Saúde
2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**Relatório da Prática Especializada em
Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiatria**

Relatório de Estágio

Tânia Filipa de Oliveira Felisberto, n.º 5120019

Unidade Curricular: Relatório de Estágio
Professor Orientador: Doutor José Carlos Rodrigues Gomes
Professor Coorientador: Mestre Sérgio Cunha Soares

Leiria, maio de 2014

O Júri

Presidente Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

Doutor/a _____

PENSAMENTO

“O que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a alegria, o que cura é a falta de preconceito.”

“A contaminação psíquica é pior que piolho. Vai passando de uma cabeça para a outra, numa rapidez incrível. E, como você sabe, todo mundo já pegou piolho.”

Nise da Silveira

1906 - 1999

DEDICATÓRIA

Ao meu namorado, pais, sogros,
irmão e cunhada. Aos amigos de
sempre, e os que ficam para
sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Carlos Gomes pelo apoio e preciosa orientação, por toda a dedicação e colaboração em todos os momentos. Muito obrigada por acreditar em mim ao longo desta etapa.

Ao Professor Mestre Sérgio Soares por todo o empenho durante este percurso, pelo seu apoio e transmissão de valiosos conhecimentos na realização deste trabalho.

Agradeço profundamente a estes dois mestres da área da Enfermagem, personalidades marcantes que contribuíram em muito para o meu crescimento pessoal, quanto para o profissional, revelando-se sem dúvida modelos a seguir.

Não esqueço toda a minha família e amigos que me ajudaram a reencontrar neste percurso de realização pessoal e profissional, mostrando-me compreensão e suporte inigualáveis.

A todos os colegas de Mestrado, especialmente à Marlene pelo apoio incondicional e por se revelar uma amiga para sempre.

A todos os que se cruzaram comigo ao longo deste curso, contribuindo direta ou indiretamente para as minhas aprendizagens e desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental, nomeadamente orientadores de estágios, profissionais de saúde, utentes e famílias.

A todos o meu mais sincero... Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHMT- Centro Hospitalar Médio Tejo

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNECV - Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

M – Média

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. – página

pp – páginas

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SACE – Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

WC – Casa de banho

X_{máx} – Valor Máximo

X_{min} – Valor Mínimo

RESUMO

O relatório da prática especializada em enfermagem de saúde mental insere-se no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria, e engloba uma criteriosa análise crítica das intervenções da prática de enfermagem especializada ao longo dos ensinamentos clínicos decorridos no Ambulatório de Psiquiatria e Departamento de Saúde Mental do Hospital Nossa Senhora da Graça, Tomar – Centro Hospitalar Médio Tejo, entre o dia 4 de março e 12 de julho de 2013.

Pretendeu-se com o presente trabalho desenvolver também competências na área da comunicação de resultados de evidência científica, pelo que se apresenta um trabalho de investigação sobre a Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental, na perspetiva dos tutores.

Assim, foi desenvolvido um estudo Transversal, um tipo de estudo quantitativo, descritivo, cujo objetivo centrou-se em avaliar a perceção dos tutores nas estratégias mais eficazes no processo de supervisão de enfermagem em saúde mental, e ainda perceber as dificuldades sentidas do seu exercício.

Os resultados obtidos demonstraram na perspetiva da amostra em estudo a capacidade de análise e supervisão e a capacidades de comunicação assertiva, salientaram-se como competências essenciais em supervisão clínica, sendo a estratégia de supervisão a avaliação como promotora da reflexão a considerada mais eficaz na supervisão em Saúde Mental e Psiquiatria. O ambiente clínico surgiu como a principal dificuldade no processo de supervisão, para os entrevistados.

Palavras-chave: Enfermagem, Supervisão Clínica, Saúde Mental, Tutoria

ABSTRACT

The report of the specialized practice in mental health nursing is inserted under the 2^o master degree in mental health nursing and psychiatry of the School of Health Sciences, of Polytechnic Institute of Leiria. It comprises a careful critical analysis of interventions in specialized nursing practice over the elapsed clinical teaching at the clinic of psychiatry and the mental health department of the Hospital Nossa Senhora da Graça, Tomar – Centro Hospitalar Médio Tejo, between march 4 and july 12, 2013.

The aim of the present study is also to develop skills in communicating results of scientific evidence, so that it presents a research work on the teaching of clinical supervision in mental health nursing, by the perspective of the mentorship.

Thus, a Transversal study, a type of quantitative and descriptive study was developed, whose objective was focused on assessing the perception of mentorship in the most effective strategies in the supervision of nursing process in mental health, and still realize the difficulties of its use.

Results showed from the perspective of the study sample that the analysis capacity and supervision, and assertive communication skills, stood out as the core competencies in clinical supervision. Being the strategy of the supervision, the evaluation as a promoter of reflection, considered the most effective on Mental Health and Psychiatry supervision. The clinical environment emerged as the main difficulty in the supervisory process, for respondents.

Keywords: Nursing, Clinical Supervision, Mental Health, Mentoring

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	15
1.1. CARACTERIZAÇÃO AMBULATORIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO	19
2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	22
2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	26
2.1.1. Atividades Desenvolvidas No Ambulatório De Psiquiatria Do Hospital De Tomar, Centro Hospitalar Do Médio Tejo	26
2.1.2. Atividades Desenvolvidas No Internamento De Psiquiatria (Agudos) Do Hospital De Tomar, Centro Hospitalar Médio Tejo	29
2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	36
2.2.1. Atividades desenvolvidas em Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Tomar, Centro Hospitalar do Médio Tejo	37

2.2.2. Atividades desenvolvidas no internamento de agudos de psiquiatria do hospital de tomar, centro hospitalar médio tejo.....	48
3.PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA	52
3.1.SUPERVISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	53
3.1.1. Supervisão Clínica na área da Enfermagem:.....	53
3.1.2. Perspetiva histórica da Supervisão Clínica em Enfermagem:	54
3.1.3. A importância da Supervisão Clínica na atualidade:	55
3.1.4. O papel do docente na Supervisão:	56
3.1.5. Abordagem geral aos modelos de supervisão e estratégias supervisivas:	58
3.1.6. Supervisão Clínica em contexto de Saúde Mental:.....	59
3.2.METODOLOGIA.....	61
3.2.1. Tipo de estudo	61
3.2.2. Problemas de pesquisa, questões de investigação e objetivos.....	62
3.2.3. População e amostra	63
3.2.4. Procedimentos formais e éticos.....	64
3.2.5. Instrumentos	65
3.2.6. Caracterização sociodemográfica da amostra	65
3.2.7. Tratamento de dados	66
3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	67
3.4. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	72
4.CONCLUSÃO.....	75

ANEXOS

ANEXO I	Protocolo Hospital de dia II
ANEXO II	Estudo de Caso I (Ambulatório de Psiquiatria)
ANEXO III	Formação em Serviço “O doente agressivo no serviço de Psiquiatria”
ANEXO IV	Póster “Stress”
ANEXO V	Póster apresentado no IV Congresso Internacional ASPESM
ANEXO VI	Artigo Publicado em <i>ebook</i> no IV Congresso Internacional ASPESM
ANEXO VII	Plano e Avaliação do Grupo de Relaxamento
ANEXO VIII	Plano e Avaliação do Grupo de Técnicas de Competências Sociais
ANEXO IX	Plano e Avaliação do Grupo de Atividades Sociodramáticas
ANEXO X	Plano e Avaliação da Dinamização “O Mosaico”
ANEXO XI	Plano e trabalho “Musicoterapia - A música como co adjuvante na Saúde Mental”
ANEXO XII	Pedido formal para aplicação do Questionário
ANEXO XIII	Modelo do consentimento informado e Questionário
ANEXO XIV	Artigo sobre Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental para publicação em revista

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 Formato de agenda de terapia cognitiva de apoio à Supervisão

FIGURA 2 Desenho de investigação

ÍNDICE DE QUADROS

- QUADRO 1** Quadro de caracterização sociodemográfica dos participantes
- QUADRO 2** Análise estatística da pergunta sobre as competências essenciais na Supervisão
- QUADRO 3** Análise estatística da pergunta sobre as estratégias mais eficazes na Supervisão
- QUADRO 4** Análise estatística da pergunta sobre as principais dificuldades na Supervisão

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Resultado da aplicação do questionário

INTRODUÇÃO

A profissão de Enfermagem tem sido alvo de uma grande transformação nos últimos anos, observando-se alterações não só na exigência da qualidade dos cuidados prestados como no próprio desenvolvimento e formação profissional. A Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE), como organização socioprofissional reguladora da profissão, tem-se posicionado de forma decisiva, publicando um conjunto de regulamentos que enquadram diversos domínios da prática profissional.

A área da enfermagem de saúde mental destaca-se como uma necessidade premente da sociedade contemporânea. De acordo com a Direção Geral de Saúde (2003), existem estudos epidemiológicos que destacam a sua importância, revelando que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral são a principal causa de morbilidade e morte prematura em todo o mundo.

Importa aqui definir quem é o Enfermeiro Especialista e mais especificamente o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, dado o importante papel que pode ter na sociedade atual.

Tendo em consideração o Regulamento n.º122/2011, de 18 de fevereiro o Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e que demonstra uma elevada capacidade de julgamento clínico e tomadas de decisão que se traduzem num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Sendo que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do indivíduo, bem como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (Regulamento 129/2011, de 18 de fevereiro).

A realização deste relatório encontra-se inserido no âmbito da unidade curricular de Relatório de Estágio, do 3.º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde

Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, de forma a responder aos seguintes objetivos:

- Elaborar e discutir o relatório reflexivo das atividades desenvolvidas na prática profissional especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Desenvolver competências na área da comunicação de resultados de evidência científica.

Neste sentido, a elaboração deste relatório de estágio revela-se vital, na medida em que permite uma introspeção e ponderação sobre o que foi realizado, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal, profissional e ainda académico. Queirós, Silva e Santos (2000), corroboram a afirmação referindo a importância do desenvolvimento de competências requeridas para a reflexão constante sobre a prática, levando à reconstrução do conhecimento, o que se evidencia na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Também Soares (2004) entende que o processo reflexivo constitui hoje um desafio à profissão de enfermagem ao nível dos contextos da prática. Considera ainda que parte significativa dos saberes ao nível da formação advém da experiência, aliada à análise reflexiva das práticas sociais e profissionais.

A prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, decorrida entre o dia 4 de março e 12 de julho de 2013, desenvolveu-se no serviço de Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Nossa Senhora da Graça em Tomar- Centro Hospitalar do Médio Tejo (Ensino Clínico II) e no serviço de Internamento- Agudos de Psiquiatria (Ensino Clínico I e III), do mesmo hospital.

Deste modo, para dar resposta aos objetivos delineados, e utilizando a metodologia reflexiva e descritiva de relatório, pretendeu-se efetuar uma análise e reflexão das ações desenvolvidas, em que se constrói uma descrição do processo de aprendizagem. Para além desta análise, descreveu-se as vivências ao longo deste processo, refletindo sobre todo o percurso que foi desenvolvido.

Perante o supracitado, pretende-se assumir uma atitude pró-ativa e refletir em que medida os conhecimentos adquiridos foram satisfatórios no desenvolvimento de competências preconizadas pela OE. Para tal, foi sempre tido em consideração o reconhecimento e respeito pelo carácter único e dignidade de cada utente, tendo como referência o modelo

teórico de Hildegard Peplau. Peplau considera que a essência do cuidar, encontra-se na relação estabelecida entre os elementos envolvidos no processo interpessoal, e tanto o cliente quanto o enfermeiro evoluem como resultado da interação terapêutica (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Optou-se por estruturar este relatório em quatro capítulos. O primeiro capítulo, que se segue à introdução, destina-se à caracterização dos contextos da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, onde ocorreram os ensinamentos clínicos. O segundo capítulo irá incidir na reflexão crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental. O terceiro capítulo deste relatório está relacionado com a prática especializada baseada na evidência, ou seja, na apresentação do estudo de investigação científica realizado acerca do papel dos tutores na Supervisão clínica em Enfermagem de Saúde mental, e o quarto capítulo refere-se às notas finais do presente trabalho.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

A prática Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria decorreu no Centro Hospitalar Médio Tejo, em contexto comunitário no Ambulatório de Psiquiatria, e em contexto de internamento no Departamento de Agudos de Psiquiatria.

O Serviço de Psiquiatria do CHMT surge integrado na Rede de Referência Hospitalar no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental elaborada pela Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da DGS em 2001, segundo a Lei nº36/98 de 24 de Julho e o Decreto-Lei nº 35/99 de 5 de Fevereiro, onde se previa o Desenvolvimento do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Tomar.

Segundo o CHMT (2014), o Departamento de Psiquiatria foi inaugurado em 2002 constituindo-se pelo Ambulatório, que engloba a consulta externa e o hospital de dia, e a Urgência, ambos a funcionarem no segundo piso. Em 2007, foi aberto o internamento de Psiquiatria, no 6º piso. Até essa data os utentes em fase aguda eram referenciados para o Hospital de Santarém, Urgência do Hospital Curry Cabral e internamento no Hospital Júlio de Matos.

O serviço de psiquiatria assegura, também, a prestação de cuidados nas valências de Psiquiatria de Ligação, Psiquiatria Forense, Pedopsiquiatria, Intervenção Comunitária e também Investigação e Formação. Este serviço tem como Missão prestar cuidados de saúde no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental adaptado à realidade sociodemográfica da área de abrangência do CHMT, envolvendo não só utentes como também as famílias e os cuidadores (CHMT, 2013). De acordo com o CHMT (2014), este integra os três hospitais distritais da região: Abrantes, Tomar e Torres Novas. O departamento de Saúde mental e psiquiatria do CHMT situa-se, então, na unidade de Tomar – Hospital Nossa Senhora da Graça, servindo uma população de, aproximadamente, 226 mil pessoas distribuídas por 15 concelhos, nomeadamente de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Gavião, Golegã, Mação, Ourém, Ponte de Sôr, Sardoal, Tomar, Torres Novas, Vila de Rei e Vila Nova da Barquinha.

Relativamente ao rácio de enfermeiros necessários por número de utentes, importa ressaltar que a OMS (2001) preconiza que seja de 6 para 50000, por conseguinte, e tendo em consideração a população alvo do departamento de saúde mental e psiquiatria do CHMT, seriam necessários 27 enfermeiros (regulamento do serviço), estando este número muito abaixo do que se pretende.

“A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade dos cuidados de saúde da população alvo e para a própria organização, devendo para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência” (Ministério da Saúde & Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8).

Também o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011) reconhece no 6º enunciado descritivo sobre a organização dos cuidados de enfermagem, especificamente na dotação de enfermeiros especialistas em saúde mental face aos cuidados de enfermagem, que a dotação segura é essencial na procura permanente da excelência do exercício profissional.

Este enunciado constitui um dos eixos organizadores para o processo de acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica em Enfermagem (OE, 2010), a que este Departamento de Psiquiatria se pretende candidatar.

1.1. CARACTERIZAÇÃO AMBULATORIO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO

O serviço de Ambulatório de psiquiatria do CHMT abrange o hospital de dia e a consulta externa. O hospital de dia é um espaço de socialização e de integração social, onde são desenvolvidas várias atividades e estratégias de dinâmica grupal, a animação, a formação e a reinserção socioprofissional e a consulta externa, que engloba as consultas médicas psiquiátricas, as de alcoologia e as de pedopsiquiatria, e as consultas não médicas que abrangem as de psicologia clínica e as de enfermagem.

A estrutura física deste serviço é constituída por: 1 sala de espera para doentes; recepção de doentes; 6 gabinetes de consulta; 2 gabinetes de enfermagem; 1 gabinete da Diretora

de Serviço; 1 gabinete de Psicologia Clínica; 1 gabinete das Assistente Social; Educadora Social e Terapeuta Ocupacional; 1 sala de tratamentos/terapêutica; 1 sala para atividades estruturadas; 1 copa com refeitório para os utentes, que inclui cozinha terapêutica; 1 vestiário de senhoras; 1 vestiário de homens; 2 WC para profissionais; 1 WC para os utentes; 1 sala de banho/aprendizagem; 1 sala de reuniões; 1 sala de limpos e 1 sala de sujos.

Fazem parte deste serviço uma equipa multidisciplinar, que engloba Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Educadores Sociais, Assistentes Sociais, Assistentes Operacionais e Assistentes Técnicos. Num total de vinte e um profissionais que exercem funções neste serviço, sendo 7 psiquiatras, 1 pedopsiquiatra, 3 psicólogos, 5 enfermeiros, 2 técnicos de serviço social, 2 terapeutas ocupacionais, 2 assistentes ocupacionais e 2 administrativos.

A equipa de enfermagem desenvolve as suas competências profissionais de acordo com o REPE, Decreto-Lei nº247/2009 de 12 de Setembro, Decreto-Lei nº 248/2009 de 12 de Setembro e a Descrição de Funções e o Conteúdo funcional para as categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e enfermeiro.

A prestação de Cuidados de enfermagem está também vinculada ao Regulamento do Exercício de Enfermagem do CHMT e em protocolos de enfermagem específicos, para cada área de atuação no Ambulatório de Psiquiatria.

A consulta de enfermagem deste serviço é assegurada por três enfermeiras, que utilizam como método de trabalho de Enfermeiro Responsável, uma vez que cada uma é responsável por todos os habitantes de um determinado número de concelhos (cerca de 150 utentes por enfermeira) e o de Gestor de Caso. Segundo o Regulamento nº 129/2011, de 18 fevereiro, o método de gestão de caso inclui atividades como: organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente. O mesmo regulamento defende ainda que a utilização da gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e para assegurar continuidade de cuidados, integrando as necessidades dos clientes e equipas, otimiza os resultados existentes.

De acordo com os dados colhidos no serviço, o número de consultas de Enfermagem durante o ano de 2013 foi de 4748, em que as psicoses predominam como as patologias mais frequentes.

Esta consulta é destinada aos utentes que necessitem da intervenção da enfermagem, proporcionando ao utente e respetiva família um atendimento mais individualizado e personalizado, diminuindo assim, a recorrência às urgências psiquiátricas e o posteriormente internamento. Nestas consultas também pode ser administrada terapêutica e o utente é convocado, para as mesmas, pelo enfermeiro de acordo com o previamente estabelecido.

A gestão da terapêutica no serviço é feita através do sistema unidose. Esta é preparada e enviada pela farmácia às quintas-feiras, trazendo toda a medicação que o doente necessita até à quinta-feira seguinte, inclusive a do fim-de-semana.

Da consulta de enfermagem decorrem também os grupos terapêuticos, nos quais os utentes são convocados pelas enfermeiras para virem realizar as atividades que decorrem à segunda e quinta-feira. As atividades que se realizam neste âmbito são o treino das atividades de vida e de aptidões sociais, o *atelier* de trabalhos manuais, a atividade física, as reuniões comunitárias, familiares e de planeamento, o espaço de leitura, sessões de psicoeducação, passeios/saídas socioculturais, jogos didáticos, dinâmicas de grupo, cozinha terapêutica, atividades de liderança, intervenções sociodramáticas e terapia pelo riso.

O plano de atividades é dividido entre duas enfermeiras e uma terapeuta ocupacional, sendo que uma das enfermeiras fica responsável pelo período da manhã e a terapeuta ocupacional pelo período da tarde. As duas enfermeiras alternam e gerem as atividades entre si. Sendo que na segunda-feira a manhã é da responsabilidade da enfermagem e está planeado que se realizem atividades de dinâmica de grupo ou de psicoeducação. Na manhã de terça-feira está planeado o exercício-físico/ginástica, sendo também da responsabilidade da enfermagem, a tarde esta a cargo da terapeuta. A manhã de quarta-feira é dedicada à atividade bar e cozinha terapêutica, sendo da responsabilidade conjunta da enfermagem e da terapeuta, esta última também se encarga pela tarde. Na quinta de manhã está programada a atividade de relaxamento, também a cargo da enfermagem e a tarde pertence à terapeuta. Por fim, a sexta de manhã é também da responsabilidade da enfermagem e está planeada a atividade “Hoje é a minha vez”, em que semanalmente um utente escolhe e trabalha um tema para desenvolver com os colegas nesse momento.

Os registos são feitos informaticamente no programa SACE, planeando-se passar a ser efetuados no SAPE num futuro próximo, indo ao encontro a um dos critérios preconizados para a idoneidade formativa dos serviços, que exige a existência de um Sistema de Informação em Enfermagem que utilize linguagem classificada - CIPE.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DE TOMAR, CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO

O internamento de psiquiatria destina-se a todos os utentes residentes na área de influência do CHMT, com mais de 18 anos, que necessitem de internamento psiquiátrico por doença mental agudizada mediante avaliação prévia pelo Médico Psiquiatra.

O serviço tem uma taxa de ocupação superior a 90%, com a média de internamento de 16 dias (CHMT, 2014).

O internamento de Psiquiatria é estruturalmente dotado com 24 camas distribuídas por 4 enfermarias de 4 camas, 6 enfermarias de 1 cama e 1 enfermaria com 2 camas. A enfermaria individual, com a cama nº20, destina-se a doentes com auto e/ou hétero-agressividade e/ou com agitação psicomotora. Existe ainda 1 copa/refeitório para profissionais, 1 refeitório/sala de visitas interna para doentes, 1 sala de atividades/terapia ocupacional, 1 sala de tratamentos, 1 sala de terapêutica, 1 sala destinada a doentes fumadores, 1 gabinete de consulta, 1 sala de enfermagem/registos, 1 sala de limpos, 1 sala de sujos, 1 sala de produtos esterilizados, 1 casa de banho para os profissionais; 1 casa de banho para pessoas portadoras de deficiências físicas, 1 sala, 1 sala de banho assistido, 2 balneários para profissionais, Gabinete da Direção de Serviço, Gabinete do En^o Chefe, Gabinete do Assistente Técnico Administrativo, Gabinete da Assistente Social, Sala de Reuniões.

Em relação aos recursos humanos o internamento está dotado de 16 Enfermeiros, em que 8 são Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria, e um destes é o Enfermeiro Chefe/Responsável; 6 Médicos Psiquiatras; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 assistente de Trabalho Administrativo; 2 Assistentes Sociais; 12 Assistentes Operacionais.

Relativamente à distribuição dos Recursos Humanos por horário apresenta-se com 3 Enfermeiros de manhã e à tarde e 2 Enfermeiros no turno da noite. É de referir que às terças à tarde, se realiza Reuniões Comunitárias, competência do Enfermeiro ESMP o que obriga à escala de quatro enfermeiros nesse turno.

Fazem ainda parte da equipa 3 Assistentes Operacionais nos turnos da manhã e tarde e 1 Assistente Operacional no turno da noite; 1 Assistente Social nos dias úteis entre as 9 e as 17 horas; 1 Assistente de Serviço administrativo nos dias úteis das 9 às 17 horas; 1 Terapeuta ocupacional que, sempre que possível, vai ao serviço nos dias úteis entre as 11 e as 12 horas; 1 Psiquiatra entre as 9 e 21 horas no Serviço de Urgência que apoia a enfermaria na ausência dos respetivos psiquiatras na enfermaria.

O método de trabalho de Enfermagem no serviço é o método individual, havendo sempre um enfermeiro coordenador de turno, que assume a responsabilidade de gerir conflitos e os recursos humanos e materiais. No entanto, segundo informação do Sr. Enfermeiro Chefe, a partir do corrente ano de 2014, passou a efetuar-se o método de trabalho de Enfermeiro Responsável, para dar resposta aos critérios de Idoneidade Formativa (OE, 2010). Este método é o que permite que os cuidados sejam mais personalizados, e admite uma maior autonomia e responsabilidade profissional, favorecendo uma relação terapêutica enfermeiro/utente. (CHMT, 2013).

A avaliação inicial de enfermagem realiza-se nas primeiras 48 horas de internamento e segue o definido na IT.PSI.004 – *Elaboração da História Clínica de Enfermagem*. A avaliação contínua é efetuada, no mínimo, de 8/8 horas e adequada a cada situação. Os registos de enfermagem são realizados no sistema SAPE, através da linguagem classificada CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

A utilização da linguagem classificada pretende seguir os critérios sugeridos no referencial de Avaliação pelo da idoneidade formativa onde se faz referencia à necessidade de haver um sistema de informação em enfermagem que contenha os diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados (OE, 2011). Os focos de Enfermagem mais predominantes no serviço são a Adesão ao regime Terapêutico; Alimentar-se; Autocuidado Eliminação e higiene; Cair; Úlcera de Pressão; Cair e Processo de pensamento.

A equipa de Enfermagem, à semelhança do que ocorre em Ambulatório, segue as suas competências profissionais de acordo com o REPE, Decreto-Lei nº247/2009 de 12 de Setembro, Decreto-Lei nº 248/2009 de 12 de Setembro e a Descrição de Funções e o Conteúdo funcional para as categorias de enfermeiro chefe, enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria e enfermeiro.

Este serviço é um serviço misto, ou seja, é constituído tanto por utentes do sexo masculino como feminino, que segundo informações do serviço relativamente ao ano de 2013, o número de doentes internados do sexo feminino foi de 289 e 257 do sexo masculino, perfazendo um total de 546 pessoas internadas. A média de dias de internamento foi de 5 dias em que as patologias mais frequentes foram a Depressão e a Esquizofrenia, e as menos frequentes o abuso de substâncias psicoativas como, o álcool e as drogas.

Em Portugal, assim como nos restantes países da União Europeia mais de 27% dos adultos vivem pelo menos uma forma de doença mental durante um ano dado, em que as formas mais comuns de doença mental são as síndromes ansiosas e a depressão. Prevê-se que a depressão seja a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos no ano de 2020 (Comissão das Comunidades Europeias, 2005) e com a crise económica vivenciada na atualidade estes números tendem preferencialmente a aumentar. A depressão é considerada a principal causa de incapacitação em todo o mundo e ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia a nível mundial (OMS, 2001).

Também a esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave que abrange 1% da população mundial. Surge por norma no final da adolescência ou nos primeiros anos de vida adulta e segue um curso episódico, interrompido por exacerbações dos sintomas, que requerem hospitalizações no decorrer de toda a vida (Caballo, 2007).

Este serviço tem como objetivos principais: Promover o tratamento de indivíduos adultos portadores de doença mental moderada a grave em fase de descompensação aguda, por período de tempo limitado; Promover a reabilitação do doente mental; Promover a reintegração do doente mental na comunidade onde reside; Proporcionar técnicas de reabilitação e meios terapêuticos adequados; Afastamento das situações ou circunstâncias que funcionaram como desencadeantes e correspondem a fatores de manutenção da

doença, nomeadamente, desvantagens económicas que fragilizam o indivíduo, conflitos conjugais e familiares, desemprego, entre outros; Elaboração de um conjunto de medidas psicoeducativas e psicoterapêuticas, com vista ao ajuste narcísico da personalidade, ao treino de competências sociais e estratégias de resolução de problemas, à capacidade de gestão de conflitos, ao desenvolvimento da assertividade e resiliência face aos constrangimentos com que se debate no seu dia-a-dia. (CHMT, 2013)

O serviço tem assim, estabelecida uma rotina diária que deve ser cumprida pelos doentes como treino de competências, para que quando regressem ao domicílio estes tenham menos dificuldades em se reintegrarem nas suas atividades de vida diárias.

A manhã começa pela prestação ou supervisão dos cuidados de higiene pelas 8.30h, após a passagem de turno, seguido pela avaliação dos sinais vitais, depois a toma do pequeno-almoço às 9.30h, das 10h às 11h poderá haver a realização de atividades psicoterapêuticas, às 11h os doentes têm a oportunidade de ir à intervenção psicossocial – ida ao bar- bar acompanhados por um enfermeiro ou terapeuta ocupacional e um auxiliar. Ao 12.30h vêm os almoços e novamente a medicação, após o almoço os doentes podem descansar ou estar com as visitas que se iniciam as 14.30h.

2. REFLEXÃO SOBRE A PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Este capítulo ilustra as atividades que deram origem ao desenvolvimento de competências, preconizadas pela OE para o EESMP, ao longo dos Ensinos Clínicos realizados em contexto da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental.

Para Silva e Sá Chaves (2008), as sociedades contemporâneas desafiam a formação dos profissionais de saúde numa perspetiva de busca por novos referenciais, em que novos paradigmas interligam educação, saúde e desenvolvimento e sustentam a importância da formação numa perspetiva de personalidade reflexiva. Os mesmos autores continuam afirmando, que o paradigma de racionalidade técnica já não é suficiente para enfrentar a formação de médicos e enfermeiros, numa perspetiva humanista e, desta forma,

integradora das dimensões pessoal e profissional da formação do desenvolvimento humano.

É assim importante lembrar e refletir os principais conceitos associados à prática de enfermagem que estiveram diretamente relacionados com a prestação de cuidados na prática de enfermagem ao longo dos Ensinos Clínicos.

Segundo o Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2012, p.6) “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital...”, enuncia ainda, que o Enfermeiro é o profissional ao qual se reconhece “competência científica”.

No Decreto - Lei nº 122 de 2011, o enfermeiro especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, em relação às “respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Regulamento nº122, 2011, p. 8648).

É neste enquadramento inicial que importa destacar ainda o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental, que segundo o Regulamento nº129 de 2011 o EESM tem como principal foco a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e as intervenções humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição. Refere ainda que as competências de âmbito psicoterapêutico permitem que este desenvolva um juízo clínico singular, e assim uma prática clínica destinta das outras práticas.

O paradigma da saúde versus doença mental tem sofrido ao longo dos últimos anos uma mudança a nível de conceitos, atitudes e comportamentos com a certeza de que muito ainda existe por fazer. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001) durante a segunda metade do século XX ocorreu uma mudança no paradigma dos cuidados de saúde mental, devido em grande parte ao progresso da psicofarmacologia, com a descoberta dos neurolépticos e antidepressivos, assim como o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial, com o movimento dos direitos humanos bastante evidenciados e a introdução do elemento mental no conceito de saúde definido pela OMS. Juntamente com estas ocorrências o abandono dos cuidados na maior parte das grandes instituições

carcenárias para um tratamento mais aberto e flexível, na comunidade, foram os elementos chave para o início da mudança deste paradigma.

Considera-se atualmente que não existe saúde sem existir saúde mental, isto porque a saúde mental é indissociável da saúde física e a influência de uma sobre a outra é extremamente profunda (OMS, 2001).

A saúde mental assume assim, uma preponderância vital, adotando contornos bem demonstrados pela Organização Mundial da Saúde. Segundo dados da OMS, as doenças mentais correspondem 8,1% da carga mundial de morbilidade, maior do que se encontra em todos os tipos de cancro, que representa apenas 5,8%. Cinco das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo residem em problemas mentais, entre os quais se encontram a depressão endógena, a esquizofrenia, os transtornos afetivos bipolares, o alcoolismo e os transtornos obsessivo-compulsivos (OMS, 2002). Além de que, a doença mental custa à União Europeia cerca de 3% a 4% do seu produto interno bruto (Comissão das comunidades Europeias, 2005).

Ainda no Comissão das comunidades Europeias (2005), consta que as perturbações mentais afetam mais de um em cada quatro adultos na Europa, estando na origem da maior parte das 58 000 mortes anuais por suicídio.

Assim, como pronuncia a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.11), no papel do EESM destaca-se:

“A mobilização das competências especializadas poderá constituir um elemento valioso não só no tratamento, mas também na equidade e acesso a cuidados adequados, detecção precoce das perturbações e das situações de risco, bem como o encaminhamento atempado. A promoção da saúde mental, a educação em saúde e a promoção da inclusão social são áreas igualmente importantes e ainda a necessitar de maior investimento.”.

Neste contexto, é importante referir que tal como mencionam Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008), a atualização de conhecimentos e competências de Enfermagem contribui inequivocamente para a melhoria contínua da qualidade do exercício. Para os mesmos autores, o profissional de saúde “deve integrar à sua prática individual a melhor evidência externa disponível, proveniente da pesquisa científica” (Ribeiro, *et al*, 2008, p.

9). Continuam, citando Craig et al (2003), que são estes princípios que contribuem para a prática de uma Enfermagem baseada em evidências.

Soares (2004) afirma que a exigência dos tempos modernos influencia a formação profissional, e que esta está relacionada com processos de mudança que só ocorre se os atores participarem na sua autoformação.

A formação profissional constitui-se desta forma, de um processo sistemático e organizado através do qual futuros profissionais e profissionais em exercício, individualmente ou em equipa se envolvem em experiências de aprendizagem e adquirem ou desenvolvem os seus conhecimentos, competências e disposições, o que lhes permitem interferir profissionalmente (Garrido, 2004).

Sá-Chaves (1997) citado por Soares (2004, p. 28-9) destaca que o desenvolvimento da formação profissional é possível de ser enriquecido numa perspetiva reflexiva, e refere ainda que, “as implicações da reflexão no processo da acção são determinantes.”.

Para Novo (2011) o Ensino Clínico mostra-se um processo formativo complexo, sendo necessária a promoção de reflexão na e sobre a acção, articulada com várias áreas disciplinares no caminho da formação e profissionalização da Enfermagem. Dias (2010) corrobora, citando Alarcão (2007), e referindo que uma aprendizagem refletida tem por base a consciência da imprevisibilidade dos contextos de prática profissional e entendendo a atividade profissional como uma atuação inteligente e flexível, situada e reativa.

Com efeito, é a reflexão e análise crítica presentes neste capítulo que contribuem para a promoção e enriquecimento de todo um desenvolvimento de competências na área da especialidade de saúde mental. Importa referir ainda, que todas as atividades decorrentes da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica nos ensinos clínicos, ambulatório e departamento de psiquiatria agudos, esteve pautada pela legislação inerente às competências do enfermeiro especialista e as específicas em enfermagem em saúde mental, mas também como não poderia deixar de ser, esteve implícito o código deontológico da profissão, os direitos humanos, os direitos e deveres das pessoas doentes e em especial da pessoa com doença mental.

Em seguida descrevem-se as principais atividades de ensino clínico, articulando-se a experiência da prática com uma reflexão das competências alcançadas, e analisando-se pontos positivos e menos positivos.

2.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

O Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro enuncia que os Enfermeiros Especialistas detêm um conjunto de competências partilhadas, que na sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de investigação demonstram um, suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Os quatro domínios de competências comuns são a responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº122, 2011).

No seguimento deste subcapítulo segue-se uma abordagem geral e no entanto abrangente sobre as atividades e competências desenvolvidas nos Ensinos Clínicos.

2.1.1. Atividades desenvolvidas no ambulatório de psiquiatria do Hospital de Tomar, Centro Hospitalar do Médio Tejo

No âmbito do **Ensino Clínico I** desenvolveu-se o **Protocolo Hospital de dia II** (Anexo I). Desde o início do supracitado Ensino Clínico que foi identificada a necessidade de elaborar este trabalho por parte da equipa de enfermagem, o momento de passagem das mestrandas pelo local de aprendizagem permitiu a sua concretização, permitindo a toda a equipa multidisciplinar uma visão abrangente das atividades realizadas pelo corpo de enfermagem do Ambulatório com a pessoa com doença mental.

O Hospital de Dia II pressupõe a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Constitui uma alternativa às valências já existentes (internamento, hospital de dia I e consulta) fornecendo assistência pós alta hospitalar e Hospital de Dia I em regime

completo de dois dias por semana permitindo ao utente permanecer em contacto com o seu meio familiar/profissional/social e beneficiar de atividades terapêuticas e de processos de readaptação. Trata-se de um espaço de socialização e de integração social, onde é nuclear a dinâmica grupal, a formação e reinserção socioprofissional. O seu âmbito estende-se igualmente à família, promovendo o restabelecimento de laços harmoniosos e dinâmicos entre os seus elementos.

Pretendeu-se com o Protocolo definir as intervenções a desenvolver pelos enfermeiros da consulta externa do ambulatório de psiquiatria, visando a melhoria da qualidade de vida dos utentes, família e comunidade, tendo em vista a proteção e promoção da saúde mental como garantia na qualidade dos cuidados prestados. E ainda criar projetos terapêuticos num ambiente protegido, num programa que estimule diversas competências do indivíduo portador de doença mental, valorizando o papel da família e da comunidade, e diminuindo o recurso ao internamento.

O documento elaborado acerca do Hospital de dia II obteve um *feedback* positivo quer pela senhora enfermeira chefe do ambulatório, quer pela restante equipa de enfermagem e permitiu ainda à mestrandia adquirir competências comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente no eixo B – Melhoria da qualidade.

No âmbito da qualidade nos cuidados de saúde é importante salientar a necessidade de cada vez mais se implementarem sistemas de qualidade, o que se assume fortemente como uma premissa tanto de instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quanto por organizações nacionais como Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (Ribeiro & Ferreira, 2008).

Os autores acima citados defendem que o conceito de qualidade é difícil de definir pelo carácter subjetivo que lhe está inerente. Considerando-se o campo da saúde, exige uma visão partilhada que seja pautada por valores como a solidariedade, a competência técnica e humana, valores conceptuais e de integridade. Além disso, é imprescindível a implementação de sistemas de trabalho com respeito ao que é importante para beneficiários, através do grau de satisfação dos utentes e profissionais.

Em suma, a qualidade nos cuidados de saúde é justificada por fatores de ordem social, ética, profissional e económicas (*idem*). Assim sendo, é importante ressaltar que a prática do enfermeiro centra-se em desenvolver as competências na procura permanente da

excelência profissional, de forma a dar cumprimento aos Padrões de Qualidade dos cuidados preconizados pela Ordem dos Enfermeiros em 2001.

Durante o mencionado Ensino Clínico elaborou-se o **estudo de caso** (Anexo II), na sequência do acompanhamento de um caso clínico de Esquizofrenia Paranoide, que teve como principal objetivo a avaliação das intervenções e potenciais ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental.

Na elaboração do Estudo de Caso foi realizado o exame mental, procedendo-se a uma intensa pesquisa bibliográfica de diversos autores peritos na área, e utilizando-se a CIPE (versão 2), para a concretização do processo de Enfermagem estabelecido para este utente.

Foram traçados diagnósticos, junto com a delineação de um rigoroso plano de trabalho semanal onde se programaram as intervenções e a sua avaliação. Houve espaço ainda para se evidenciar ao longo do trabalho as competências não só gerais ao Enfermeiro Especialista, como específicas do EESMP.

A escolha do caso clínico teve em consideração a participação do utente num grupo de trabalho de atividades socio dramáticas, por método de conveniência.

Todo o decorrer do trabalho foi pautado pela adoção de uma postura ética, quer no tratamento da informação obtida através da consulta do processo clínico, quer dos dados colhidos através da aplicação de diferentes instrumentos quer ao doente tanto quanto à família. Desta forma pretendeu-se dar resposta às competências do eixo A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Foi também possível atuar no âmbito do Eixo C – Domínio da gestão dos cuidados e D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, bem como responder ao longo das várias intervenções no âmbito das competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

É de ressaltar que a mestrandia considerou no desenvolvimento de todo o trabalho com este cliente a teoria de relações interpessoais de Peplau, uma enfermeira teórica cujo paradigma se centra nas relações interpessoais que se processam entre enfermeira e o paciente. Segundo Almeida, Lopes e Damasceno (2005, p.206) “a enfermagem na

percepção da teórica, é uma relação humana entre uma pessoa que está enferma ou necessita de serviços de saúde e uma enfermeira com uma formação especializada, para reconhecer e responder a necessidade de ajuda.”. É inequívoca a contribuição desta atuação para o crescimento e desenvolvimento pessoais, tanto para o paciente, quanto para a enfermeira.

No final do Ensino Clínico foi construído um **Manual** com todas atividades desenvolvidas no âmbito da especialização em saúde mental pela mestranda, devidamente fundamentadas e com um planeamento que permitirá à equipa de enfermagem futuramente aplicar dentro das suas necessidades à sua população alvo. Foi ainda disponibilizada assessoria no âmbito da sua utilização, sendo esta uma das competências preconizadas para o enfermeiro especialista.

Durante todo o estágio houve também a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e dispensada toda a informação inerente às intervenções realizadas à restante equipa, com o apoio da enfermeira tutora, colaborando-se ainda na ajuda e esclarecimento de questões que iam surgindo a colegas de licenciatura que também se encontravam em Ensino Clínico no decorrer da aprendizagem, contribuindo para a sua integração (Competências comuns eixos A e C - Regulamento n.º122/2011).

2.1.2. Atividades desenvolvidas no Internamento de Psiquiatria (Agudos) do Hospital de Tomar, Centro Hospitalar Médio Tejo

A área da **formação** em serviço torna-se um foco essencial no desenvolvimento de competências gerais, e específicas, do enfermeiro especialista em saúde mental. Especificamente nos domínios referidos no Regulamento n.º122/2011, A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A2.2 Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; C – Domínio na gestão dos cuidados: C1.1 Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; C2.2.1 Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática; D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1.2 Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional;

D1.2.4 Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade; D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; D2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Patricia Benner (2001) afirma que a formação no seio do serviço permite a aquisição de conhecimentos clínicos por parte da enfermagem, com a partilha de pontos de vista comuns e diferentes de vários casos clínicos, o que contribui para o aumento da competência.

A sessão de formação efetuada visou assim, dar resposta às necessidades identificadas junto da equipa de enfermagem, mas também, contribuir para a melhoria contínua da qualidade (eixo B), pois é também essa, outra das competências esperadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental.

Em discussão com a equipa de enfermagem foi abordada a necessidade da aquisição de mais conhecimentos acerca da melhor atuação na agressividade no serviço de Psiquiatria, uma vez que se torna um assunto pertinente no internamento de agudos de Psiquiatria.

O tema solicitado pela equipa foi também analisado em reunião com o enfermeiro supervisor e a tutora de Ensino Clínico, tendo em conta a pesquisa efetuada pela mestranda em contexto curricular de Investigação, do 2º Mestrado em ESMP. Surge assim, a **Formação em serviço** – O doente agressivo no serviço de Psiquiatria, cuja planificação e material didático se encontram em Anexo III. Esta sessão decorreu na sala de reuniões do serviço, no piso 6 do Hospital de Tomar – CHMT, que foi previamente preparada para o desenvolvimento da mesma, tendo em conta o recurso a *PowerPoint* e à dramatização de um caso (*roleplay*).

É importante referir que na história, a crença de que as pessoas com perturbações psiquiátricas desenvolvem comportamentos agressivos tem sido considerada constante e transversal em diferentes sociedades. Estas heranças do passado também têm contribuído para a estigmatização das perturbações psiquiátricas graves (Marques, 2008).

Diversos autores prendem-se com a dificuldade de predizer riscos baseados em critérios clínicos, e integram a agressão e violência na comunidade numa conceptualização de saúde pública. Referem que no âmbito estritamente psiquiátrico regista-se relativamente poucos casos. Esta realidade deverá ser conhecida pois o estigma contra doentes mentais assenta em medos de danos que carecem de provas determinísticas (Frasquilho, 2011). Assim, é mais fácil debruçar-nos sobre a agitação. A mesma autora continua referindo que:

“A hipervigilância, a hiperatividade sem propósito, o comportamento funcional e social inapropriado, as explosões verbais, os gestos excessivos e comunicação agreste, com mais ou menos hostilidade, são próprias da agitação psicomotora. Esta, sim, é vulgar em múltiplas situações médicas, psiquiátricas e mistas (co morbilidades). Perturbações da ansiedade, afetivas, psicoses, estados orgânicos de demência, AVC, trauma, *delirium*, dor intensa, fármacos, intoxicações ou abstinência de drogas apresentam-se na urgência com agitação. Também em situações de conflitos, intolerância à frustração e dificuldades de gestão das exigências do quotidiano, a agitação, e até agressão, podem ser a sua expressão comportamental.” (Frasquilho, p.36, 2011).

Neste contexto, Ferreira e Florido (2011), referem que os comportamentos violentos, num internamento psiquiátrico, não deverão ser atribuídos somente a fatores diretamente ligados ao doente, pois há um conjunto de fatores que podem favorecer um clima de hostilidade dentro de uma unidade de internamento.

As ofensas violentas, bem como outros crimes resultam da interação entre delinquentes e vítimas, num determinado contexto. Alguns atos violentos são cometidos por indivíduos com tendências violentas estáveis e persistentes enquanto outros resultam de situações em que as pessoas se vêm envolvidas em acontecimentos que conduzem à violência. Desta forma, a conceptualização dos fatores de risco é importante no campo da prevenção, de modo a que estes sejam identificados, devendo ser continuamente monitorizados, e a quais devem ser direcionado tratamento (Rosa, 2008).

De acordo com o Del- Bem, *et al* (2010) a gestão não farmacológica da agitação/agressão engloba a organização do espaço físico e a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. O objetivo principal da gestão farmacológica é a tranquilização rápida, com vista a redução dos sintomas de agitação e agressividade, sem a indução de sedação profunda ou prolongada, mantendo-se o paciente tranquilo, mas completa ou parcialmente responsivo.

Os mesmos autores continuam referindo, que a gestão física, por meio de contenção mecânica, pode ser necessária nas situações de violência em que exista risco para o paciente ou equipa, e deve obedecer a critérios rigorosos.

Em suma, é importante referir que qualquer procedimento na abordagem ao utente agressivo deve ser cuidadosamente executado, evitando complicações de ordem física e emocional para pacientes e equipa.

A sessão contou como público-alvo, todos os enfermeiros do Serviço de Psiquiatria Departamento de agudos do Hospital N^a Sr.^a da Graça de Tomar do Centro Hospitalar do Médio Tejo, com exclusão por recusa ou impossibilidade de comparecer. No final da sessão foi passado um questionário do tipo *Likert*, com o objetivo de avaliar a mesma (Anexo III).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a escala de *Likert* é comumente utilizada, consistindo em várias afirmações declaratórias ou itens que expressão um ponto de vista sobre um assunto. Os mesmos autores defendem que as técnicas de questionário têm como vantagens a possibilidade do anonimato completo, importante para obter informação sobre situações embaraçosas. Exigem também menos tempo e esforço para administrar e asseguram que não há parcialidade, refletindo a reação do participante.

Reconheceu-se que o tema foi pertinente para fundamentar e adquirir conhecimentos dos enfermeiros, e foi ainda proposto uma adaptação do tema para uma futura sessão para os Auxiliares de Ação Médica.

No Ensino clínico II foi também proposto pelo Enfermeiro tutor a participação num projeto desenvolvido pelo mesmo e pelo enfermeiro chefe desta unidade. O projeto

“Mente feliz Mente saudável: Promoção do Bem-estar e da saúde Mental do Adulto” é uma iniciativa para a prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais no adulto. Este projeto consiste na criação de um sistema comunitário de informação, investigação e conhecimento no domínio da saúde mental para técnicos de saúde e população. Este projeto tem como objetivos destacar o utente, ao qual se procura oferecer um nível de cuidados em crescimento constante de qualidade (Oliveira & Fonte, 2012).

O **Póster** (Anexo IV) desenvolvido pela mestranda surge no sentido de contribuir com esse mesmo projeto e oferecer respostas às metas implantadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007/2016. O póster aborda um tema atual no dia-a-dia da população em geral e que muito contribui para a doença física e mental.

Segundo Vaz Serra (2011) o *stress* estabelece uma fronteira entre o normal e o patológico e mostra a influência que os fatores psicossociais podem ter sobre o indivíduo. Para o mesmo autor, as circunstâncias que desencadeiam o *stress* podem ser de natureza física, psicológica ou social.

O *stress* vai induzir a pessoa a alterações de natureza vegetativa, cognitiva, emocional e comportamental. Os tipos de personalidade também parecem constituir-se quer como fatores indutores, quer como fatores protetores (*Idem*).

Segundo uma perspetiva física e psicológica, o *stress* pode ser definido como uma resposta mecânica que traduz o impacto dos agentes ambientais sobre o sistema que o sofre (Morais, 2009).

É globalmente reconhecido que, tanto o sistema endócrino como o imunológico, são passíveis de serem influenciados pelo *stress* externo, uma vez percecionado pelo sistema nervoso central. E, desta forma, a exposição a um *stressor* pode provocar uma disfunção significativa na resposta imunitária, promovendo a suscetibilidade à doença (Loureiro, 2006).

Ainda, no que diz respeito às doenças psicológicas, a investigação científica sugere que demasiado *stress* aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo desenvolver problemas

psicológicos, sendo que as circunstâncias indutoras de stress estão aceites como fatores precipitantes, de agravamento e de manutenção dos transtornos psiquiátricos (*Idem*).

Desta forma, constitui-se de extrema relevância o conhecimento adequado por parte da população, de estratégias para controlar o *stress*.

A elaboração deste trabalho permitiu à mestranda fomentar competências no que diz respeito ao Domínio da Melhoria da Qualidade (Eixo B, das competências comuns do enfermeiro especialista). Foi ainda solicitado por parte da enfermeira orientadora das colegas alunas de licenciatura, e destas, uma ajuda na orientação de uma sessão de formação aos utentes no tema trabalho desenvolvido, e desta forma deu-se por desenvolvida a competência C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (do eixo C, das competências comuns do enfermeiro especialista).

No âmbito deste Ensino Clínico foram desenvolvidas muitas aprendizagens na área da saúde mental pelo desenvolvimento do método Estudo de Caso em vários casos clínicos, dando oportunidade de agir não só no campo das competências comuns do enfermeiro especialista tanto quanto nas competências especializadas em enfermagem de saúde mental.

Neste seguimento, o acompanhamento de um caso específico de uma depressão pós-parto contou com um estudo mais prolongado e uma avaliação mais prolongada, o qual resultou num **póster** do mesmo, que foi apresentado no IV Congresso Internacional ASPESM - Padrões de Qualidade em Saúde Mental em Coimbra (Anexo V), e ainda um **artigo** publicado em *ebook* do citado congresso (Anexo VI).

Yin (2010) defende que o estudo de caso difere de outros tipos de pesquisa pela potencialidade de ser um recurso de comunicação significativo, uma vez que pode também comunicar informação sobre um fenómeno a quem não é especialista.

Esta experiência foi deveras enriquecedora tanto a nível de desenvolvimento pessoal quanto profissional, contribuindo assim para responder a todas as competências comuns do enfermeiro especialista.

Perante este crescimento pessoal, importa referir que mais uma vez a prática esteve pautada pela teoria de Peplau num relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar da paciente, onde houve a pretensão de se estabelecer um relacionamento útil com a mesma.

Dentro do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais destaca-se a participação da mestrandia, a participação no **1º congresso internacional de Literacia em Saúde Mental**, realizado em Coimbra. E ainda, a participação numa sessão de **yoga do riso**, em Vila Nova de Poiares, que proporcionou uma abordagem geral da técnica e dos seus benefícios, nomeadamente para a saúde mental.

Importa ressaltar que é o acesso à teoria que permite à enfermeira um acesso rápido e seguro aos conhecimentos clínicos, constituindo uma base que fornecerá uma resposta correta aos verdadeiros problemas (Benner, 2001). O autor realça que uma “bagagem limitada não tem os utensílios necessários para tirar lições das experiências vividas” (Benner, 2001, p.177), evidenciando a importância do desenvolvimento contínuo de aprendizagens na prática de enfermagem.

Também Silva e Sá Chaves (2008) salientam os princípios de personalidade, auto implicação, conscientização, inacabamento e continuidade de formação, inerentes à formação de sujeitos ativos e reflexivos. Consideram que na contemporaneidade exige-se ao profissional de saúde a constante procura de novos referenciais.

É importante referir que em ambos os Ensinos Clínicos houve recurso a vários **instrumentos de avaliação**, que permitiram delinear estratégias de intervenção adequadas a cada caso.

O Mini Mental, um breve questionário de 30 pontos utilizado para rastrear perdas cognitivas, foi largamente utilizado no internamento de Psiquiatria, já a escala de Sobrecarga do Cuidador, utilizada por Sequeira (2009), foi a mais utilizada em ambulatório.

É indiscutível a sua importância para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, contribuiu-se para o desenvolvimento das competências comuns e específicas B2, F2 e F3.

As escalas psicométricas, que se apresentam numa variedade vastíssima, permitem ao terapeuta uma indicação sobre determinada faceta do observador, com elas é possível conhecer “como é o seu autoconceito, se se encontra ou não deprimido, se tem um ”locus de controlo” interno ou externo, como são as suas aptidões sociais e muitos outros aspectos.” (Serra, 2011, p.666). O autor refere que se uma mesma escala se aplicar inicialmente e, posteriormente, com regularidade, permite a compreensão da evolução de determinado aspeto da pessoa, que a escala mede. A utilização das mesmas deve ser ditada pelos comportamentos-problema que o terapeuta se deparar (*idem*).

2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As competências específicas do enfermeiro EESMP dão resposta à promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção a respostas humanas desajustadas ou desadaptadas a processos de vida e problemas de saúde. E ainda, o EESMP mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, tal como expõe o Regulamento nº129/2011 de 18 de Fevereiro.

Este Regulamento define as seguintes competências específicas do EESMP: detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento pessoal e profissional; assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, famílias, grupos e comunidades na otimização saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo da vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; e presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa

ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

2.2.1. Atividades desenvolvidas em Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Tomar, Centro Hospitalar do Médio Tejo

Ao longo do Ensino Clínico constitui-se um **Grupo de Relaxamento** (Anexo VII), cujos participantes eram utentes do ambulatório de psiquiatria referenciados pela equipa de enfermagem.

As técnicas utilizadas foram o Relaxamento Progressivo de Jacobson e o Treino Autogénico de Schultz. Ambas as técnicas foram dirigidas pela formanda, com a supervisão da enfermeira tutora, o que constituiu uma oportunidade indiscutível de aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências, nomeadamente as competências F2; F3.2; F3.4.1 e F4.2.3, do Regulamento nº 129/2011 (Diária da República, 2011). O fato de ter sido convidada para execução de uma atividade de relaxamento após o grupo de Terapia pelo riso, ministrado por uma enfermeira do ambulatório serviu para reforçar a autoconfiança da mestrande e serviu de *feedback* positivo ao trabalho desenvolvido.

É importante referir que as atividades de relaxamento foram desenvolvidas em diversas ocasiões do Ensino Clínico, quer inseridas em sessões semanais ao grupo referido, como também a nível individual sempre que se levantava essa necessidade.

António Vaz Serra é um conhecido investigador português nas áreas do *stress* e ansiedade, na sua obra narra, numa alusão aos primeiros tempos do relaxamento, que este deriva da hipnose e menciona Shultz como o psiquiatra que no século XX, utiliza técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas para elaborar o seu método de relaxamento. O mesmo autor alude ainda a Edmund Jacobson que, no ano de 1938, desenvolve um método distinto do anterior, segundo o qual comprova que os estados emocionais provocam tensões musculares (Serra, 2011).

O autor supracitado, refere ainda que apesar de existirem muitos métodos de relaxamento, todos podem ser eficazes e não há evidências que um seja melhor que outro.

O relaxamento apresenta uma dimensão mental e outra física. É assim definido é o termo utilizado na referência ao relaxamento muscular e também a pensamentos de tranquilidade (Payne, 2003).

Pode ser definido “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (Payne, 2003, p.3). É então um estado de repouso voluntário, tanto físico como psíquico, o que favorece o equilíbrio, podendo ser usada para lidar com o *stress*, como tratamento e ainda por forma a prevenir determinados estados. Está indicado para estados de *stress*, ansiedade, insónia, disforia, controlo da dor, controlo de agressividade, entre outros (Payne, 2003).

O relaxamento permite assim, uma diminuição da atividade fisiológica do indivíduo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar. Desta forma combate a ansiedade, o *stress*, as preocupações e a tensão mental e física. Para além disso, sensação de bem-estar promove a saúde em geral e a saúde mental em particular (Serra, 2011).

A obtenção do relaxamento pode contrariar muitos dos sintomas associados ao *stress*, que se manifestam quer fisiologicamente, quer a nível comportamental (*idem*).

Como já foi aludido, existem várias técnicas de relaxamento estudadas e utilizadas com sucesso. Jacobson propôs que o relaxamento da musculatura oferece uma influência calma e relaxada a todo o organismo, incluindo à mente. Já Schultz propôs que o relaxamento pode ser realizado através de frases de autosugestão e imagética, criando no utente um estado autogénico, isto é, um estado de calma profunda através de imagens e sensações de calor e calma (Payne, 2003).

O relaxamento progressivo é um método de relaxamento muscular profundo. Trata-se de um processo ativo no sentido em que o indivíduo trabalha os músculos e a sua técnica baseia-se na premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através de tensão muscular, tendo sido observados excelentes resultados com

este método no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, hipertensão, enxaquecas, asma, arritmia ventricular, controlo da dor, entre outros. Esta técnica é realizada através da aprendizagem de técnicas de tensão-distensão, contração-descontração de grupos musculares específicos, prestando atenção às sensações associadas aos estados de tensão e de relaxamento. (Payne, 2003).

Townsend (2011) corrobora e especifica que esta técnica tem em conta a premissa de que o corpo responde a pensamentos e eventos que provocam ansiedade através da tensão muscular.

No que diz respeito ao treino autogénico, Payne (2003) aponta para uma abordagem que deriva da auto-hipnose. O seu fundador, Johannes Schultz, percebeu que alguns dos seus pacientes aprendiam a entrar em transe superficial concentrando-se em imagens de peso e calor, além de que beneficiavam em termos de saúde mental. Assim, Shultz chamou a este estado de transe auto-gerado “autogénico”, e desenvolveu a sua terapia baseada nesse estado. Hoje em dia, o Treino Autogénico está já estabelecido, tendo o participante um papel ativo no seu próprio tratamento, pelo que é considerado uma técnica de relaxamento e não uma forma de hipnose (*idem*).

Ao longo das sessões de relaxamento praticadas em ambulatório, tendo em conta que a população predominante possuía diagnóstico de psicose, deu-se preferência ao relaxamento progressivo de Jacobson ao longo da maioria das sessões.

Para registar e avaliar os benefícios das sessões de relaxamento, os utentes foram submetidos a uma avaliação dos sinais vitais, bem como uma aplicação de avaliação da ansiedade numa escala analógica de 0 a 100% (já utilizada no serviço e para a qual os utentes já se encontravam familiarizados) antes e após cada sessão. Para além dessa avaliação, privilegiou-se a observação do comportamento e postura dos utentes durante a sessão, e incentivou-se a expressão de sentimentos, nomeadamente se sentiram mais relaxados e descontraídos.

As sessões realizaram-se no ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar, com a devida preparação do local, com redução dos estímulos e a presença de uma música de fundo relaxante ao gosto dos utentes.

Previamente houve o cuidado de introduzir o tema, bem como explicar os benefícios do relaxamento e a melhor forma de os perpetuarem ao longo do resto do dia. Procurou-se também explicar a técnica usada, para que todos seguissem as instruções para relaxar da melhor forma.

Observou-se, no geral, uma diminuição dos valores dos sinais vitais dos utentes, comparativamente com a avaliação que antecedeu a sessão. Também se verificou que todos verbalizaram um aproveitamento positivo e avaliaram o nível de ansiedade inferior ou igual ao que tinham, sendo que os que classificaram a ansiedade como igual à percentagem que tinham inicialmente, referiram ter usufruído de sensação de tranquilidade.

Segundo Serra (2011), o treino de relaxamento revela-se útil em problemas de saúde particularmente associados ao *stress*, e beneficia a pessoa para além do sentimento de bem-estar ao produzir igualmente efeitos significativos em funções importantes para a saúde. O autor refere que em resposta ao *stress* pode ocorrer quaisquer manifestações psiquiátricas, enfatizando assim os benefícios da redução do mesmo.

Com o planeamento, execução e avaliação desta atividade contribuiu-se para uma otimização da saúde mental perante os casos abordados, mobilizando-se as dinâmicas específicas de cada momento.

Também foi durante este Ensino Clínico que se constituiu o primeiro **Grupo de Treino de Competências Sociais** do Ambulatório, sendo que toda a planificação das sessões, seis no total, ficou da responsabilidade da mestranda sob supervisão da tutora que liderou a maioria destas, cabendo à mestranda o papel de coterapeuta. No entanto, a última sessão (Anexo VIII) foi liderada pela autora, o que contribuiu como voto de confiança por parte da enfermeira tutora.

O grupo formado constituído por pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia foi referenciados pela equipa de enfermagem e aceitaram voluntariamente participar no grupo terapêutico. Para se avaliar os critérios de inclusão definidos, procedeu-se a aplicação da Escala de Habilidades Sociais (EHS – validada para a população portuguesa por Ribeiro, et al, 2004), realizou-se também uma sessão de esclarecimento do objetivo

do grupo terapêutico tendo em vista as estratégias de resolução de problemas, a capacidade de gestão de conflitos, o desenvolvimento da assertividade e a resiliência face aos constrangimentos com que se debate no seu dia-a-dia.

Segundo Baptista, Monteiro, Silva, Santos & Sousa (2001), as competências sociais são a capacidade de obter bons resultados através de interações interpessoais. Lucas (2013) também refere que estas revelam-se especialmente úteis para o tratamento de perturbações psiquiátricas e podem mesmo controlar os sintomas psicóticos, melhorando também as relações interpessoais e consequentemente a qualidade de vida destes utentes. Para Townsed (2011), o Treino de Competências Sociais é uma das intervenções psicossociais mais usada no tratamento da Esquizofrenia, sendo a disfunção social uma característica típica das pessoas portadoras desta doença. Caballo (2007) explica que o controlo da medicação na Esquizofrenia não é suficiente para prevenir as recaídas que prevalecem numa frequência de 40%, além de que os Neurolépticos não melhoram as habilidades sociais necessárias na vida em sociedade.

Assim, o Treino de Competências Sociais baseado na teoria de aprendizagem social, surge como uma intervenção para ensinar de modo sistemático novas habilidades interpessoais aos indivíduos, constituindo uma estratégia eficaz para retificar a pouca competência interpessoal dos pacientes com Esquizofrenia (Caballo, 2007). A estratégia principal para re (habilitar) em competências sociais inclui elementos típicos da modelação, ensaio do comportamento, retroalimentação e *roleplay*; também podem ser utilizados: instrução (*coaching*) e indicar (*prompting*). Desta forma, o Treino de Competências Sociais tem como principal objetivo treinar o indivíduo a prestar atenção e interpretar os sinais interpessoais que revelam os sentimentos e motivos das outras pessoas e as variáveis ambientais que determinam a adequação de diferentes respostas (*idem*).

A evolução deste grupo de seis pessoas permitiu a aquisição de competências em intervenções psicossociais e psicoterapêuticas por parte da mestranda, contribuindo para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista F2, F3 e F4. **O Grupo de Atividades Sociodramáticas** (Anexo IX) realizou-se ainda no âmbito do Ensino Clínico em Ambulatório. O grupo selecionado para realizar esta técnica, foi

heterogéneo e aberto, encontrando-se na fase I de desenvolvimento – fase inicial ou de orientação. Nesta fase o diretor e o grupo trabalham juntos para estabelecer as regras que vão reger o grupo, sendo estabelecidos os seus objetivos. Os membros são apresentados uns aos outros (Townsend, 2011).

Para Moreno, o fundador desta técnica, a interação espontânea num grupo, com dramatização, poderia ajudar a modificar determinados comportamentos. Foi com esta descoberta que o teatro da espontaneidade de Moreno passou a ser o teatro terapêutico. Este processo designa-se de catarse de integração, ou seja no decurso da psicoterapia, o indivíduo adquire diversos e diferentes níveis de conhecimentos e perceções, que lhe possibilitam uma perceção global de si mesmo e dos que o rodeiam (Leal, 2005).

O sociodrama poderá ser utilizado em qualquer fase do grupo. Sendo o grupo em questão do tipo I utilizou-se um jogo para a apresentação dos elementos do grupo e promover um ambiente de confiança.

O apelo à criatividade e espontaneidade são conceitos relevantes para o sociodrama, uma vez que de acordo com Moreno através do exercício da espontaneidade, livre de coações sociais ou de previsões meditativas podemos encontrar vias alternativas de resolução de problemas que não são alcançadas através do raciocínio (Abreu, 2006).

Apesar de existirem algumas similaridades entre o Psicodrama e o Sociodrama, existe também características próprias de cada método. Sousa (2012) refere que Moreno define cinco instrumentos comuns ao Psicodrama e Sociodrama: o palco, o protagonista, o diretor, os ego-auxiliares e a plateia. No palco, que é um espaço vivencial que é flexível e multidimensional ao máximo, o protagonista pode encontrar a liberdade para exprimir-se e experimentar. O protagonista é solicitado a ser ele mesmo, a retratar o seu próprio mundo privado e depois de aquecido e envolvido, pode de forma espontânea e através de algumas técnicas ser convidado a ser e agir no palco de forma verdadeira, como na vida real, ou ainda mais.

O terceiro instrumento é o diretor que age diretamente sobre o nível de espontaneidade do sujeito e tem de estar alerta para converter toda e qualquer pista que o sujeito ofereça

em ação dramática, para conjugar a linha de produção com a linha vital do sujeito e nunca deixar que a produção perca contacto com o público.

Os ego-auxiliares são extensões do diretor, explanatórias e terapêuticas, mas também são extensões do paciente, retratando as personagens reais ou imaginadas do seu drama vital.

E por último, o quinto instrumento é o público que pode ter a função de ajudar o protagonista, ou tornar-se ele próprio paciente quando é ajudado pelo protagonista em palco. Quanto mais isolado estiver o paciente, por exemplo, porque o seu drama no palco é formado por delírios e alucinações, mais importante se torna para ele a presença de um público disposto a aceitá-lo e compreendê-lo. Quando este é ajudado pelo sujeito, assim se tornando o próprio sujeito, a situação inverte-se. O público vê-se a si mesmo.

Especificando o Sociodrama, surge com a função de permitir ao grupo abordar e trabalhar o conflito que impede o seu crescimento, de forma a alcançar a sua resolução. Esta metodologia é considerada, para Sousa (2012), ideal para o ensino de temas que produzam respostas emocionais e sociais altas, sobretudo quando são difíceis de abordar ou discutir abertamente, como aqueles que são objeto do presente trabalho: a Doença Mental Grave.

Assim, em vez de se limitarem apenas a discutir verbalmente estas questões, o método permite que as pessoas com experiência de Doença Mental Grave se levantem das suas cadeiras e explorem através da espontaneidade e da ação, os temas do seu interesse comum.

De facto, o Sociodrama permite de forma exímia a exploração e resolução dos seus problemas intra ou intergrupais com ênfase sobretudo nos seus papéis sociais (*Idem*).

O grupo trabalhado, cuja planificação e avaliação se encontra em Anexo VIII, decorreu no ginásio do Hospital Nossa Senhora da Graça de Tomar onde através das várias atividades planeadas se incentivou à expressão de sentimentos e observou o comportamento e postura dos utentes durante a sessão.

As sessões foram posteriormente desenvolvidas pela equipa de enfermagem do serviço, quando terminou o Ensino Clínico.

É pertinente referir para a autora o **Grupo Multifamiliar**, que é um grupo pré existente no serviço Ambulatório, o qual a mestranda teve a oportunidade de assistir como coterapeuta e ainda com uma psicoeducação sobre a Comunicação.

As redes familiares das pessoas com doença mental grave são habitualmente caracterizadas por: maior isolamento, emoção expressa mais elevada, grande densidade/intensidade das relações familiares e maior vulnerabilidade ao *stress*. Como resultado, verifica-se: um reduzido apoio social, menor sentimento de bem-estar familiar, menor acesso a informação útil, menor capacidade para lidar com as dificuldades. (Brito, 2011).

Com efeito, as relações familiares stressantes podem ter um impacto negativo no decurso da esquizofrenia. Sendo que a esquizofrenia tem também um efeito perturbador e penoso sobre a vida dos familiares de pessoas com esquizofrenia. (Caballo, 2007).

De acordo com diferentes autores é crescente a evidência dos benefícios do envolvimento dos familiares no tratamento de indivíduos com psicose (Guerra e Lima, 2005).

Estes grupos multifamiliares são concebidos para apoiar o sistema familiar, impedir ou retardar a recaída e ajudar a manter a pessoa com esquizofrenia na comunidade (Townsend, 2011). Estes objetivos são conseguidos com a terapia comportamental familiar, por meio de uma combinação de educação, treino de comunicação e habilidades de resolução de problemas (Caballo, 2007).

Segundo Brito (2011), a estrutura de um programa multifamiliar a pessoas com doença mental grave tem como etapas o recrutamento de doentes e famílias, segue-se uma reunião com a família, em que se efetua uma avaliação individual dos membros da família. Inicia-se um Workshop informativo, e prossegue-se com as sessões em grupo de famílias, de 1,5 hora de duração: primeiro quinzenais durante os primeiros 9-12 meses; depois mensais, seguidas de bimensais, até completar 2 anos de acompanhamento; e

semestrais nos anos seguintes, a acordar com o grupo. Sendo importante também, a manutenção de outros contactos em função das necessidades de cada família.

Em suma, os mecanismos etiológicos e fisiopatológicos da esquizofrenia a nível cerebral apontam, sem margem de dúvidas, para a necessidade de o tratamento farmacológico da doença ser acompanhado com diversos tipos de intervenções psicossociais, com nomeadamente pelas intervenções psicoeducativas familiares, dado o importante papel que a família desempenha no dia-a-dia da maioria das pessoas atingidas pela doença. (Brito, 2011).

Desta forma, o grupo de familiares e utentes beneficiou das sessões decorridas e mostraram um *feedback* positivo aquando da psicoeducação, participando com gosto no *role-play* decorrido e reconhecendo, no final da sessão, as suas próprias dificuldades na comunicação entre os vários família, assumindo vontade de levar os conhecimentos adquiridos para o seu dia-a-dia.

As **Consultas de Enfermagem**, constituíram também um momento essencial para adquirir competências do enfermeiro especialista em saúde mental, pois permitiram realizar uma apurada avaliação inicial que levando à delineação rigorosa de diagnósticos de enfermagem, com vista a desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas ao individuo portador de doença mental e à sua família. Nas consultas foi dada importância a uma avaliação prévia de cada utente pelo exame mental, que permitiu à mestrandia um corte transversal no estado e na sintomatologia que o utente apresentava, no momento da avaliação, utilizando-se para tal os conhecimentos da psicopatologia.

Para Dalgalarro (2000), a avaliação do paciente em psicopatologia pela anamnese e exame mental constitui uma forma útil de extrair conhecimento relevante do encontro com o doente para agir de forma útil e criativa. Este autor defende que estas formas de avaliação são um dos eixos básicos da prática profissional em saúde mental. Também Trzepacz e Baker (2001) defendem que o exame mental é uma ótima ferramenta para a descoberta de alterações neuropsiquiátricas inaparentes, permitindo ainda uma avaliação

objetiva da doença e da resposta à terapêutica. As alterações no exame mental refletem geralmente alterações no estado do utente (*idem*).

No que diz respeito à enfermagem, já no início dos anos cinquenta Hildegard Peplau enfatizava a importância da experiência clínica com a pessoa portadora de doença mental e tornou obrigatório para as enfermeiras a entrevista com os utentes, bem como o registo das entrevistas realizadas e o estudo dos padrões de interação (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Para a mestranda o espaço de consulta de enfermagem constituiu uma oportunidade de desenvolver a sua prática com base no modelo da teoria das relações interpessoais de Peplau, contribuindo assim para os seu crescimento e para o desenvolvimento humano dos pacientes com o intuito da realização do seu potencial máximo.

Todas as informações respeitantes aos utentes foram registadas no SACE. A mestranda teve em consideração sempre que possível a utilização da linguagem classificada (CIPE, versão 2), tendo em atenção os elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2011), e que deram resposta às unidades de competência específicas do EESMP, do Regulamento n.º129/2011 (F2, F3.4, F3.5, F4.1 e F4.3).

A pedido da enfermeira tutora, foi ainda realizado a **Psicoeducação ao grupo vigilância** pré existente no serviço, onde se abordou mais uma vez o tema da comunicação (Anexo X). Este grupo, referido anteriormente, já existia no serviço e consiste num grupo de partilha das dificuldades sentidas na adesão terapêutica, bem como possíveis despistes de problemas relacionados com a mesma.

Para Figueiredo, Souza, Dell'Áglio Jr, e Argimon (2009), a psicoeducação é uma intervenção de saúde com componentes educacionais e psicoterapêuticas que permitem à pessoa adquirir maior consciencialização acerca das suas dificuldades e tratamentos a enfrentar, no processo de lidar com a doença mental, contribuindo assim, para uma adaptação e tomada de decisão ajustada a cada fase do processo de tratamento. Os

mesmos autores mencionam ainda, que a psicoeducação pode ser realizada individualmente, numa série de sessões, ou em grupo de doentes e suas famílias.

Assim, com esta intervenção, deu-se continuidade ao desenvolvimento de competências do EESM, nomeadamente às unidades de competência F2; F3.4.1; F4.1 (especificamente F4.1.1); e F4.2.

Antes da sessão descrita, surgiu a possibilidade de realizar uma intervenção de grupo. A dinamização **O Mosaico** (Anexo X), antecipou o grupo de trabalho e permitiu estimular a auto percepção, indagar a capacidade de identificar as variações emocionais e favorecer a aceitação. Costa (2006) define a atividade cuja presença de cartões coloridos são entregues aos utentes. Pede-se que olhem atentamente para os cartões e identifiquem as suas emoções quanto às cores dos mesmos. São depois convidados a refletirem sobre as cores que escolheram, partilhando a informação com o restante grupo.

Lima e Guerra (2005), referem que o termo “dinâmica de grupo” foi introduzido no vocabulário científico por Lewin, cuja definição compila influências poderosas nos indivíduos em situações de grupo e o estudo desse processo. Na sua obra a definição é mais abrangente e entendida como o conjunto de fenómenos que sucedem, quando duas ou mais pessoas se reúnem formando um grupo. É dada ênfase à importância do *feedback* e redes de comunicação.

Segundo as mesmas autoras, no que diz respeito à Saúde, o aparecimento de cada vez mais doenças crónicas que deterioram a qualidade de vida, torna a formação de grupos com pessoas que experimentam situações de crise um efeito terapêutico excelente.

Para Costa (2006), nas relações em grupo, o homem com a sua necessidade de viver em contacto com os outros, estabelece relações onde fenómenos como a comunicação, percepção, afeição, liderança, integração, normas, entre outros, estão presentes. Assim, as dinâmicas de grupo permitem trabalhar objetivos, previamente delineados, para satisfazer o atendimento das necessidades detetadas.

Toda a informação sobre a supracitada atividade, junto com os cartões elaborados, ficaram com a equipa para que continuasse a ser utilizada. Com a mesma desenvolveu-se competências de interação e dinamização de pessoas portadoras de doença mental, especificamente F2; F3.3.5; F4.3.2 e F4.3.4.

2.2.2. Atividades desenvolvidas no internamento de agudos de psiquiatria do hospital de tomar, centro hospitalar médio tejo

Ao longo do Ensino Clínico no departamento de Psiquiatria foi dado privilégio ao método de desenvolvimento de aprendizagens e competências pelo método de **Estudos de caso**. Através da análise de cada caso, foi possível a elaboração de um plano de intervenções no âmbito da prática especializada em enfermagem de saúde mental, que permitisse dar resposta aos diagnósticos inicialmente levantados. A utilização da linguagem classificada para a prática da enfermagem (CIPE versão 2), foi uma preocupação da mestrandia, desde o início, e contribuiu de certa forma para a familiarização de toda a equipa de enfermagem com a versão mais recente da CIPE.

Este conjunto de trabalhos levou a uma pesquisa aprofundada, e envolveu também a equipa e principalmente o enfermeiro supervisor em discussões construtivas para a prática da enfermagem.

Durante o citado Ensino Clínico, decorreu uma pesquisa aprofundada sobre a **Musicoterapia** e os seus efeitos na pessoa com doença mental (Anexo XI), que pretendeu transmitir informação atual e científica aos enfermeiros deste serviço e que se revelou ser um tema de especial interesse para a autora.

Segundo Andrade & Pedrão (2005), o enfermeiro pode utilizar a música com vários objetivos e em diferentes momentos do tratamento do paciente, como por exemplo, antes da interação com o paciente, para relaxamento e para resgatar lembranças de acontecimentos passados na vida do cliente. Assim, o enfermeiro deve verificar em que momento pode utilizar a música e também avaliar os efeitos desta sobre o paciente.

Pessoas com problemas de saúde mental têm pouca ou nenhuma interação social, demonstram muitas vezes estados de depressão, pelo que o uso da música é capaz de reconstruir identidades, integrar pessoas e proporcionar a construção de uma autoestima positiva (Cardoso, 2010).

O mesmo autor refere que estando a música em constante interação connosco, através dos sons, o enfermeiro pode eleger a música mais adequada para o paciente e dessa forma, pode melhorar comportamentos, fomentar criatividade, comunicação, socialização, aliviar a dor, promover o bem-estar físico e psíquico, ajudar o autoconhecimento, à autorreflexão para que assim o doente reconstrua a sua identidade e consiga mais facilmente superar as barreiras que a sua patologia impõe.

Em suma, a literatura revisada esclarece que a utilização da música em pacientes psiquiátricos tem grande atuação nas suas emoções e comportamentos. Assim, o simples facto de colocar uma música para ouvir no ambiente de trabalho deve ser avaliado, de acordo com o grau de satisfação do profissional e do paciente.

O Enfermeiro sendo o elemento da equipa de saúde que contacta mais diretamente com o paciente, é favorecido de melhores competências para personalizar os cuidados baseados na evidência científica, que qualquer outro terapeuta (Cardoso, 2010).

Com o trabalho desenvolvido foi possível desenvolver as competências específicas F2 e F4.

Tendo em vista a resposta a um diagnóstico de enfermagem levantado a caso em estudo, foi debatida em equipa a ideia da mestrandia realizar duas sessões semanais de atividade física individual, sendo proposto pela equipa de enfermagem alargar também a sessão a um grupo especial de utentes selecionado pela mesma equipa, pela necessidade e benefícios que as **Sessões de Atividade Física** trariam aos mesmos.

Sabe-se que nos utentes com doença mental o sedentarismo é uma realidade presente, sendo que estes se exercitam menos que as pessoas em geral, quer pela própria patologias psiquiátrica que em alguns dos casos provoca lentificação psicomotora, quer em consequência da medicação utilizada que muitas das vezes compromete a sua

motricidade. Assim a prática de atividade física como intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica assume um papel protetor e coadjuvante na doença mental, contrariando os efeitos secundários da medicação, promovendo a saúde mental. A prática de exercício físico regular e continuada conduz a inúmeros benefícios tanto a nível físico como mental. “A Organização mundial de Saúde aponta um estilo de vida ativo como das principais formas de prevenir doenças, manter o funcionamento cognitivo e providenciar a integração social.” (Araújo, Lia *cit in* Ribeiro e Paúl, p.13,2011).

A atividade física tem sido, também utilizada como intervenção terapêutica, existindo evidências da sua eficácia em distúrbios mentais e do comportamento como por exemplo no tratamento da depressão. Confirmando que as pessoas fisicamente ativas têm apresentado níveis mais elevados de bem-estar psicológico e auto conceito positivo, melhor auto estima, auto percepção melhorada, melhor funcionamento cognitivo, sono melhorado e mais “ humor” e “ afetos” positivos. As pessoas mais ativas fisicamente também parecem apresentar melhores valores na capacidade percebida para o desempenho de atividades do quotidiano, no bem-estar físico e noutras medidas relacionadas com a qualidade de vida. (Stakes, 2008).

O exercício físico deve ser regular e adaptado ao gosto e capacidade de cada um, sendo que o melhor exercício é o chamando aeróbico, pois melhora o funcionamento cardiorrespiratório e permite que se tolere melhor o esforço. Araújo in Paúl e Ribeiro (2011) afirma, que apesar de não haver idade para a prática de exercício, a sua escolha deve contemplar o tipo e intensidade da atividade de acordo com as necessidades e possibilidades, não esquecendo os gostos e experiências anteriores de cada um, mesmo quando realizada em grupo. Optando por atividades de grupo, o exercício físico regular assume um papel promotor do convívio e socialização. Este princípio é essencial para que o utente sinta bem e motivado, e com isso mantenham o interesse pela prática, pois só desta forma se pode assegurar a continuidade e conseqüentemente, alcançar os benefícios da atividade física.

As sessões no serviço de Psiquiatria passaram a decorrer duas vezes por semana, numa sala previamente preparada para o efeito e com recurso a música e material de ginástica, fornecido pelo serviço.

Os utentes mostraram beneficiar do momento de atividade, passando o grupo a ser aberto. Verificou-se inclusive uma melhoria significativa na impulsividade de alguns utentes e antagonicamente uma melhoria nos casos de isolamento social que inicialmente estavam mais renitentes em participar. A maioria dos utentes verbalizou sentimentos de bem-estar e relaxamento.

Serra (2011) explica que uma das possibilidades do exercício físico induzir o bem-estar físico, prende-se com o fato de os níveis de noradrenalina do cérebro, após exposição repetida a atividade de exercício físico produzirem adaptação ao *stress*, uma vez que se recuperarem facilmente ou encontram-se aumentados. Também as β – endorfinas são produzidas com a atividade física aeróbica o que contribui para uma sensação de bem-estar e uma maior tolerância ao esforço. O mesmo autor refere-se ainda à libertação de tensão muscular e à melhoria da autoimagem.

As sessões de atividade física dirigidas pela mestrandia decorreram sempre da parte da manhã, por forma a contribuir para o usufruto dos benefícios da atividade realizada pelos utentes ao longo do dia.

Com esta atividade deu-se resposta a algumas competências específicas do EESMP, nomeadamente a competência específica F2.

Também a equipa de enfermagem mostrou vontade de dar continuidade às sessões de atividade física, dentro da sua disponibilidade, reconhecendo os benefícios destas nos utentes.

3. PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos enquanto profissão e na construção dos seus alicerces conceituais. De fato, os profissionais de saúde tendem a procurar a evidência para comprovar o valor de várias intervenções e atividades da sua prática clínica (Chicória, 2013).

A mesma autora, citando Meleis (2010), refere que a prática clínica beneficia do desenvolvimento da teoria, sendo indispensável inclusive para clarificar domínios e identificar o campo de atuação da enfermagem, racionalizando-se recursos, tendo em foco as ações nas terapêuticas de enfermagem.

Também o Regulamento nº129/2011, de 18 de Fevereiro, informa que há necessidade de o enfermeiro especialista na sua área incorporar continuamente novas descobertas da investigação na sua prática, tendo em conta o constante avanço no conhecimento. Desta forma preconiza uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, e com participação em projetos de investigação, cujo objetivo é aumentar o seu conhecimento e desenvolver competências dentro da sua especialização.

Segue-se assim um trabalho de investigação intitulado “O papel dos tutores no processo de supervisão de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria”, por forma a dar resposta a mais uma competência do Enfermeiro Especialista e a satisfazer a motivação e interesse da mestranda. A inquietação surgiu no decorrer das aulas de Supervisão Clínica do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria, onde se destacaram pontos de vistas divergentes, especificamente em colegas de mestrado com experiência como tutores de Ensino Clínico, no que diz respeito à Supervisão Clínica de Enfermagem.

Por forma a dar visibilidade ao citado trabalho de investigação, foi também elaborado um artigo científico (Anexo XIV) referente ao mesmo.

3.1. SUPERVISÃO CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Fortin (2009) enuncia que a revisão da literatura consiste na elaboração de um inventário, em conjunto com um exame crítico, do conjunto de publicações pertinentes ao domínio de investigação. Tendo em conta a problemática e as questões de investigação posteriormente enunciadas, recorreu-se a conhecimentos pré existentes sobre o domínio da investigação.

Assim, de forma a responder ao estudo, desenvolveu-se um referencial teórico subordinado ao tema “Supervisão Clínica de Enfermagem em Saúde Mental”, que suportou a pesquisa, considerando os objetivos e questões enunciadas, e orientou a recolha, análise e interpretação dos dados.

Depois de um enquadramento inicial à Supervisão Clínica, abordam-se aspetos relacionados com a perspetiva histórica da mesma. Posteriormente, faz-se referência aos estudos mais recentes sobre o contributo da Supervisão Clínica em Portugal e o papel atribuído ao docente na supervisão. Por fim, faz-se uma abordagem geral dos diversos modelos de supervisão, abordando-se ainda a temática da Supervisão em Saúde Mental.

3.1.1. Supervisão Clínica na área da Enfermagem:

A Supervisão Clínica em Enfermagem diz respeito, segundo Simões e Garrido (2007), a uma relação cuja exigência na formação, trabalho e desenvolvimento emocional, envolve uma reflexão acerca das práticas orientadas por um profissional qualificado. Abrange várias estratégias, dirigidas ao profissional e ao grupo, em que se inclui os conceitos de *peceptorship*, *mentorship*, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.

O desafio da qualidade é atualmente indiscutível na área da saúde. Segundo Fernandes, Santos, Torres e Lobo (2012) a mesma prevê uma análise, monitorização e avaliação numa perspetiva de melhoria contínua. Para Abreu (2002), usufruir de cuidados de saúde com qualidade é um direito de todos os cidadãos no panorama de um Estado de direito que se digne ter preocupações sociais.

O mesmo autor refere que, em Portugal, a implementação de um sistema de qualidade de saúde nas instituições foi uma das estratégias da política de saúde para os últimos dez anos. Sendo a problemática da supervisão das práticas clínicas uma área importante na formação clínica dos enfermeiros, e constando em diversas normas de auditoria e acreditação referências explícitas à Supervisão Clínica na área de enfermagem.

Para Soares (2009), a supervisão clínica em enfermagem suporta as práticas, melhora a qualidade destas, apoiando a formação clínica. Alude ainda, que contribui para uma gestão personalizada dos sentimentos, com elevada satisfação profissional, o que contribui para a melhoria da qualidade na assistência em saúde.

A Diretiva 2013/55, página 151, define que:

“A formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende, pelo menos, um total de três anos de estudos, que pode, complementarmente, ser expresso com os créditos ECTS equivalentes e que deve consistir em 4 600 horas de ensino teórico e clínico, representando a duração do ensino teórico pelo menos um terço e a do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima da formação.»

Desta forma, evidencia a importância do Ensino Clínico para a formação do Enfermeiro e implicitamente da Supervisão Clínica.

3.1.2. Perspetiva histórica da Supervisão Clínica em Enfermagem:

De acordo com Garrido (2004), as primeiras estratégias de supervisão clínica datam do período áureo da cultura islâmica, em que segundo o mesmo autor citando Abreu (2002), os processos de supervisão clínica eram parte do que atualmente caracterizamos como avaliação de hospital ou da certificação profissional.

Garrido (2004) refere ainda que, o desenvolvimento da supervisão destaca-se nas décadas 1920 e 1930, com a aceitação generalizada da psicanálise. E, Abreu (2002) acrescenta que na área de enfermagem a supervisão já era discutida desde 1943, sendo em 1982 definido o primeiro modelo de intervenção, com a implementação do Registered Mental Health Nurse Syllabus.

Ainda assim, apesar de um quadro conceptual de referência, a Supervisão Clínica em Enfermagem não se concretizou nas áreas assistenciais. É no entanto, com Hildegard Peplau que a temática da supervisão clínica foi introduzida de forma mais consistente na prática de enfermagem. E, foi com uma série de acontecimentos dramáticos, nomeadamente em Bristol, Kent e Canterbury, bem como no caso de Allit, com a causa de morte e atentados à integridade de muitos pacientes, horrorizando a sociedade em geral, que o sistema de saúde viria a proporcionar condições para que tais situações não se repetissem, e assim, deu-se o passo decisivo para o incremento da atual supervisão (Abreu, 2002).

3.1.3. A importância da Supervisão Clínica na atualidade:

Garrido (2004, p.24) acrescenta que, outros acontecimentos igualmente decisivos e mais recentes têm vindo a contribuir para que a supervisão clínica se torne indispensável nas práticas de enfermagem, como as “grandes mudanças organizacionais; políticas diretivas; preocupações sobre a responsabilidade; iniciativas de qualidade para melhorar os padrões de cuidados; transição educacional para a prática reflexiva... e aumento de exigências para a autoconsciência.” E defende ainda que, a complexidade crescente dos cuidados de saúde exige cada vez mais dos profissionais, sendo que esta mudança profunda nas estruturas organizacionais da saúde tem um forte impacto também na enfermagem.

Em Portugal, segundo Abreu e Marrow (2012), um significativo número de estudos recentes tem sido implementados na supervisão clínica, denunciando uma atitude positiva face aos seus benefícios na prática clínica, nomeadamente no impacto que tem no suporte e cooperação que a enfermagem passa a ter nos cuidados, apesar de serem apontados os fatores tempo, falta de conhecimento e compromisso como inconvenientes para a sua prática.

Os mesmos autores citam Varandas (2008), num estudo recente da temática num hospital psiquiátrico, sendo o principal objetivo compreender o padrão complexo de aprendizagem em contexto clínico, bem como a forma que executavam a supervisão clínica em enfermagem, concluindo que, a supervisão clinica providencia estabilidade emocional aos enfermeiros e uma ligação à continuidade da educação. Estas evidências

transparecem, segundo os autores uma indicação positiva para os benefícios da supervisão clínica.

Também Gilbert (2001) fala no debate entre os Britânicos sobre os benefícios de uma prática reflexiva e da supervisão clínica nos profissionais, bem como nos clientes do sistema de saúde. Para o autor, a prática reflexiva e a supervisão clínica apoia a disciplina na atividade dos profissionais, incitando o indivíduo à sua autogestão na prática.

3.1.4. O papel do docente na Supervisão:

A Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem constitui-se num processo formativo complexo, exigindo dos orientadores um conjunto de competências pedagógicas, de Enfermagem e pessoais que são essenciais à relação de ajuda ao estudante que precisa de evoluir na sua aprendizagem (Novo, 2011).

O Ensino Clínico é assim, um espaço importante para a o desenvolvimento de competências em Enfermagem, uma vez que proporciona um contato com a realidade, imprescindível à prática reflexiva, estimulando por sua vez a reflexão pessoal bem como competências científicas, técnicas e humanas (Novo, 2011). É neste contexto, que é importante perceber os seus intervenientes e respetivos papéis. Segundo Simões, Alarcão e Costa (2008) em qualquer realidade de Ensino Clínico interagem o aluno, o docente, o enfermeiro cooperante, o utente, a equipa de saúde e a sociedade em geral. Estes autores destacam o aluno, o docente e o enfermeiro cooperante como os três atores principais no processo supervisiivo.

O docente possui um papel de supervisor, facilitando a aprendizagem, o enfermeiro cooperante como facilitador da integração, bem como supervisor da aprendizagem dos alunos na prática. E ao aluno, atribui-se um papel ativo na sua formação, sendo responsável pela constante aquisição de autonomia para agir e responder segundo as exigências da Enfermagem (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

Os supracitados autores destacam o Ensino Clínico como um processo que permite desenvolver um saber contextualizado. E consideram ainda que, é “através de uma atitude reflexiva, que o estudante deverá dar conta da distância existente entre um mundo em que se enunciam as verdades (segundo a lógica didática) e um mundo em que se exige eficácia

(em nome da lógica produtiva) ” (Simões, Alarcão e Costa, 2008, p. 93). Concluem os mesmos autores, que o Ensino Clínico contribui para a socialização do estudante de enfermagem, permitindo-lhe desenvolver conhecimentos, hábitos e identidade profissional, bem como a aquisição de valores.

Assim, no sentido de promover a aprendizagem, é atribuído ao supervisor determinadas características que, segundo Cardwell e Corkin (2007) entendem, entre outras, devem ser: motivação, entusiasmo, empatia, saber ensinar, ser organizado, ser um modelo, dar suporte e ser inspirador. Henriques e Oliveira (2010), citando Alarcão e Tavares (2007), referem também características como a sensibilidade, capacidade para analisar e conceptualizar os problemas, estabelecer uma comunicação eficaz, e ainda aptidões de relacionamento interpessoal, bem como, de responsabilidade social baseada numa noção clara sobre os fins de enfermagem.

Henriques e Oliveira (2010, p. 44) citam outros autores, para quem as características de um bom supervisor dizem respeito a

“Capacidade de prestar atenção e o saber escutar, a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspetivas dos formandos, de buscar a clarificação de sentidos e a construção de uma linguagem comum, de comunicar verbal e não verbalmente, de parafrasear e interpretar, de cooperar, de interrogar.”.

Um estudo de Investigação realizado por Simões, Alarcão e Costa (2008) revelou que o supervisor de ensino clínico frequentemente não vê o aluno de forma holística recorrendo às informações dos enfermeiros cooperantes. No entanto, está em vantagem para definir as necessidades dos alunos pelo conhecimento prévio que possui. O mesmo estudo revela que há necessidade de partilhar mais conhecimentos e metodologias entre a escola e as instituições de saúde.

Para Fernandes, Santos, Torres e Lobo (2012), o processo de supervisão em enfermagem pode decorrer em vários cenários, assumindo contornos distintos no papel do supervisor e do enfermeiro supervisionado.

3.1.5. Abordagem geral aos modelos de supervisão e estratégias supervisivas:

Garrido (2004) refere que surgem inúmeros modelos de supervisão clínica em enfermagem que se distinguem pela sua filosofia e pressupostos teóricos. O autor compara um modelo a um mapa que descreve onde e como vamos, assim como, o que podemos utilizar no percurso da ação.

Todos os modelos, no entanto, possuem as suas capacidades, realçando princípios que se complementam e facilitam a construção de caminhos próprios.

O “supervision alliance model” foi um modelo proposto por Proctor, sendo um dos mais antigos e importantes. Este modelo enfoca para a supervisão clínica envolver mais pessoas para além do supervisor e supervisionado (Garrido, 2004).

Abreu (2002) destaca o modelo supervisivo de Nicklin, pela forma que está estruturado e pela simplicidade, e também por se enquadrar melhor à prática clínica. O modelo compreende as fases da análise da prática, identificação do problema, objetivo, planeamento, implementação e avaliação.

Com as discussões à volta do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional e do sistema de certificação de competências dos Enfermeiros, o debate tem sido incrementado. A Ordem dos Enfermeiros vem defender neste Modelo de Desenvolvimento, um modelo de supervisão que valoriza, na sua complexidade e unicidade, o sujeito supervisionado e a relação que estabelece com o contexto específico e objeto da supervisão, esperando-se do agir do supervisor a “capacidade de adequar a sua atitude e estilo de supervisão às diferentes situações, sejam elas diferentes supervisionados, ou diferentes momentos no processo de desenvolvimento de um mesmo supervisionado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp 5-6).

A Ordem dos Enfermeiros reconhece o potencial formador da supervisão clínica e a sua capacidade de gerar novas dinâmicas e práticas profissionais e defende que a relação entre supervisor e supervisionado deve estabelecer-se numa atmosfera afetiva, positiva, assente na entajuda recíproca, aberta, espontânea, autêntica, favorecedora da aprendizagem e desenvolvimento (Aguiar, 2013).

Para Simões, Alarcão e Costa (2008), a Supervisão em Ensino Clínico pressupõe como estratégias a formulação de questões reflexivas com a clarificação, interpretação, confronto e avaliação, perante uma situação problema. Enfatizam a importância da realização de reuniões de estágio com a equipa responsável pelo ensino clínico com vista à clarificação da situação.

Estes autores defendem, no entanto, que a programação do ensino clínico tem sido considerada problemática, em conjunto com a sobrecarga de serviço que leva a uma supervisão deficitária.

3.1.6. Supervisão Clínica em contexto de Saúde Mental:

O'Donovan, Halford e Walters (2011), defendem que os supervisados na área da saúde mental beneficiam de uma assistência no desenvolvimento da sua autoeficácia, um comprometimento com o seu trabalho e um aumento da sua resiliência. Uma vez que, um tipo de colaboração que inclua a prática de uma psicologia positiva tem provado contribuir para o bem-estar dos supervisados, diminuindo os níveis de *stress* que ocorre nesta área de treino clínico.

Os mesmos autores referem que uma boa relação nos participantes prevê uma melhor resolução de eventuais problemas e ainda um impacto na eficácia da Supervisão.

Estes autores continuam com a recomendação de que a Supervisão em Saúde Mental deve basear-se num contrato inicial entre os participantes, onde se estabeleça objetivos e tarefas para o trabalho a efetuar e se nutra a relação supervisiva dos participantes.

A prática do *feedback* após discussão dos progressos na terapia aplicada aos clientes é, para os mesmos, essencial para desenvolver habilidades da prática baseada na evidência no supervisado. Defendem que a influência do contexto do *feedback* é revelante e revelam que os supervisores tendem a considerar mais difícil o *feedback* associado às características do supervisado. Não obstante, a comunicação formativa do *feedback* à prática do supervisado, bem como a solicitação de uma constante autoavaliação do mesmo é central para a Supervisão.

Já Ross (2013) considera que, a supervisão em contexto da prática de saúde mental, deve basear-se numa relação que envolva a reflexão do praticante, guiada por um Supervisor

experiente. E fomenta a necessidade de se providenciar espaço, tempo e suporte profissional de toda a equipa de saúde, para refletir nas suas interações com os clientes e colegas.

Alude ainda para a eficácia das terapias psicológicas implementadas em contexto de supervisão, fomentando assim a importância da prática da Supervisão no contexto de Saúde mental.

Assim, discute um estudo de um modelo de terapia cognitiva (figura 2) que tem como objetivo apoiar a equipa na supervisão da prática em saúde mental, e que obteve um bom *feedback* entre supervisores e supervisionados.

FIGURA 1 – Formato de agenda do modelo de terapia cognitiva de apoio à Supervisão em Saúde Mental: Tradução Livre

Table 1	Formato da agenda de terapia cognitiva de apoio à Supervisão
1	Atualização pessoal
2	Definição de agenda.
3	Ligação para última sessão de supervisão.
4	Casos anteriormente supervisionados.
5	Verificar a tarefa de casa.
6	Discussão de temas da agenda.
7	Atribuição de nova tarefa de casa.
8	Resumo e comentários do supervisionado.

(Leise and Beck, 1997)

(in Ross, 2013, p. 37)

Cookson, Sloan e Dafters (2013) citam também alguns benefícios da Supervisão Clínica nos serviços de saúde mental, incluindo a redução de *stress*, *burnout* e absentismo por doença; a oportunidade para refletir a prática, minimizar e aliviar as consequências negativas que advêm de trabalhar com comportamentos desafiadores; o desenvolvimento de conhecimento e competência clínica e ainda, o benefício de um melhor tratamento aos utentes.

Em contexto dos serviços de psiquiatria e saúde mental há ainda a considerar a existência na sociedade de um forte estigma, havendo necessidade da sua desmistificação. Os efeitos da discriminação nas pessoas com alterações de saúde mental são observados tanto em enfermeiros quanto em alunos (Fernandes, Santos, Torres, Lobo, 2012).

Os mesmos autores mencionam que, sendo o ensino clínico um campo de experiências onde se desenvolve no estudante, tanto conhecimento quanto competências que levam a uma intervenção refletida, é importante que o aluno em ensino clínico de saúde mental demonstre capacidades para refletir, analisar e aplicar os conceitos de saúde mental às diferentes situações clínicas. É neste contexto que o supervisor assume um importante papel na evolução do sujeito supervisionado.

3.2. METODOLOGIA

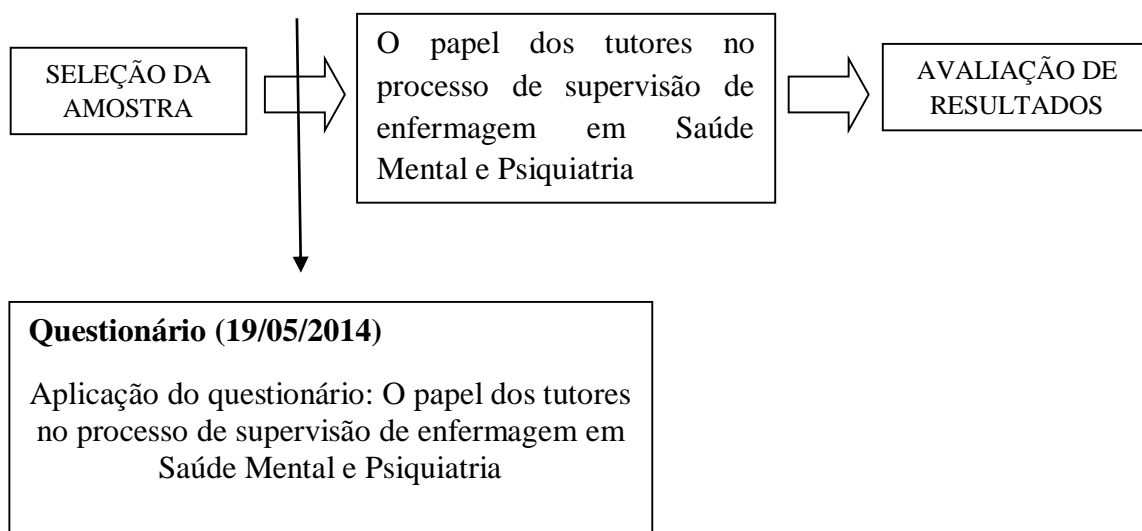
No subcapítulo que se segue, pretende-se apresentar o tipo de estudo deste trabalho, as questões de investigação, a sua população e amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos formais e éticos respeitados, a descrição da intervenção desenvolvida, bem como o tratamento dos dados.

3.2.1. Tipo de estudo

O estudo desenvolvido para este trabalho é de tipo Transversal, quantitativo, descritivo, cujo objetivo consistiu em avaliar a perceção dos tutores nas estratégias mais eficazes no processo de supervisão de estudantes na área da enfermagem em saúde mental, e ainda perceber as dificuldades sentidas do seu exercício.

Desta forma segue-se a esquematização do desenho de investigação (Figura 1), onde se pode verificar na ilustração a aplicação do instrumento de avaliação, no caso um questionário (Anexo XIII), de forma a ser possível obter dados para o já mencionado estudo.

FIGURA 2 - Desenho de Investigação



3.2.2. Problemas de pesquisa, questões de investigação e objetivos

Para Polit, Beck & Hungler (2004), um estudo de pesquisa inicia-se com um problema que o investigador pretende resolver ou com um questão que gostaria de responder. Estes autores consideram ainda, que a questão de pesquisa é uma indagação específica que o investigador ambiciona responder para abordar o problema de pesquisa.

Quivy e Campenhoudt (2008) consideram que o projeto de investigação deve ser enunciado no que denominam de questão de partida, ou seja, uma pergunta na qual o investigador exprimirá com exatidão o que procura saber, elucidar ou compreender melhor

A questão de investigação constitui assim, o elemento fundamental no início da investigação, seguindo-se a formulação dos objetivos (Pais Ribeiro, 2008). Para Fortin (2009) as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação e os objetivos de um estudo são enunciados declarativos que evidenciam as variáveis chave, a população alvo e o assunto da investigação.

Tendo em conta o tema da supervisão clínica em enfermagem na área de saúde mental, o pergunta inicial de investigação delineou-se de forma a compreender qual o papel percebido pelos tutores na Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiatria, ficando desta forma traçado o primeiro meio para colocar em prática o processo científico (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Tendo em conta a problemática acima identificada, assim como, a perspectiva a desenvolver, delinear-se os seguintes objetivos:

- Reconhecer o papel dos tutores na Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria;
- Identificar as estratégias mais eficazes no processo de Supervisão em Enfermagem, nomeadamente em Saúde Mental, pelos tutores;
- Identificar as dificuldades sentidas no exercício da supervisão, pelos tutores.

Num trabalho de pesquisa os objetivos são necessários para estabelecer o que a pesquisa pretende. Estes devem ser expressos com clareza de forma a evitar desvios no processo de pesquisa, uma vez que orientam o estudo (Sampieri, Collado & Lucio, 2003).

As questões de investigação revelam-se um marco importante no decorrer do estudo, estas surgem da operacionalização da problemática e constituem as referências para o trabalho empírico. Para este estudo foram delineadas as seguintes questões de investigação:

- 1 - Qual o contributo percebido pelos tutores na Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria?
- 2 - Quais as Estratégias consideradas mais eficazes no processo de tutoria em Supervisão de Enfermagem de Saúde Mental?
- 3 - Quais as dificuldades sentidas pelos tutores no processo de supervisão?

3.2.3. População e amostra

Para Fortin (2009), a população é o conjunto de elementos com determinadas características pré-definidas, partilhando em comum uma ou mais dessas características. O mesmo autor defende que a técnica de amostragem consiste no processo de seleção de um subgrupo da população, que é selecionado pelo investigador para obter informações relativas às características dessa população, constituindo a amostra do estudo.

A população foi constituída pelos tutores da Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria., e a técnica de amostragem utilizada foi não probabilística intencional, ou seja, a escolha dos elementos da amostra foi consciente por parte do investigador, tendo em consideração a orientação de Ensinos Clínicos em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, definindo-se assim, como critérios de inclusão: ser tutores da Escola Superior de Saúde de Leiria com prática de tutoria nos Ensinos Clínicos de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

3.2.4. Procedimentos formais e éticos

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2014, p.3), “Devem ser incentivadas e reconhecidas práticas que assegurem o respeito pelos direitos humanos, designadamente no que se relaciona com a informação e consentimento livre e esclarecido, tanto em situações de prestação de cuidados como de investigação”.

Para precaver que um conjunto de questões relacionadas com a investigação científica com seres humanos com implicações de natureza ética fosse respeitada, recorreu-se a um *checklist* de ética. Neste sentido, foi pedida a autorização necessária ao órgão máximo da instituição, o diretor da Escola Superior de Saúde de Leiria, para a aplicação do questionário e divulgação dos dados (Anexo XII).

No que diz respeito ao consentimento informado, este é imprescindível para garantir os direitos, a liberdade e as garantias das pessoas, assim sendo, foram efetuados procedimentos para certificar que não são colocados em causa os direitos fundamentais de nenhum dos participantes do estudo. Neste sentido, o consentimento informado para preencher o Questionário “O papel dos docentes no processo de supervisão de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria” foi formalizado por escrito com cada um dos elementos da amostra, de acordo com o modelo em anexo (Anexo XIII), para além de serem informados sobre os objetivos e preenchimento do instrumento utilizado. Tal possibilitou que a participação no estudo fosse de livre vontade, sem que fossem aliciados e com esclarecimento da inexistência de represálias pela opção de não participar no estudo. Também é de salientar que no decorrer do estudo esteve sempre inerente a possibilidade dos participantes deixarem o mesmo, sem qualquer implicação negativa para estes.

A identidade dos participantes não foi associada às respostas individuais, promovendo assim o direito ao anonimato e à confidencialidade.

A aplicação do questionário aos professores da Escola em estudo decorreu durante a semana de 19 a 23 de maio de 2014. E posteriormente, trabalharam-se os dados colhidos conforme se segue nas próximas descrições.

3.2.5. Instrumentos

Neste trabalho de investigação foi utilizado um Questionário do tipo escala composta com a técnica *Likert* (Anexo XIII), cuja variabilidade de resposta é de 0 a 5 (0 discordo plenamente a 5 concordo plenamente). Este instrumento permitiu averiguar as perspetivas dos tutores no âmbito da supervisão em Saúde Mental e Psiquiatria, perante as questões de investigação inicialmente levantadas.

Segundo Polit, Beck & Hungler (2004), as escalas sociopsicológicas são utilizadas com regularidade em questionários e entrevistas, sendo a técnica de escala mais comum a escala de *Likert*. Esta escala consiste em várias declarações que expressam um ponto de vista sobre um assunto e os participantes são solicitados a indicar o Grau em que concordam ou discordam com a opinião expressa na afirmação. Os mesmos autores prosseguem afirmando que o carater de soma das escalas de Likert permite realizar discriminações apuradas entre pessoas com diferentes pontos de vista.

3.2.6. Caraterização sociodemográfica da amostra

Seguidamente são apresentados os dados obtidos pela aplicação deste instrumento de colheita de dados. Com objetivo de permitir uma melhor visualização e compreensão dos resultados, estes serão apresentados através de um quadro (Quadro 1).

A amostra é constituída por 8 elementos (N=8), sendo que a maioria dos participantes tinha uma idade compreendida entre os 29 e os 50 anos, sendo a média das idades de 38,7 anos. No que se refere ao tempo de exercício profissional, o tempo oscilou entre os 8 e 26 anos, e a média foi de 15,6 anos.

A amostra foi ainda classificada através da variável binominal, discreta, sexo, operacionalizada através de uma escolha dicotómica, com duas opções de resposta: masculino ou feminino. A maioria era do sexo feminino (N= 6; 75%).

Relativamente à formação profissional e à categoria profissional utilizou-se a variável ordinal, discreta, operacionalizada através de perguntas mistas. Os participantes tinham maioritariamente o curso de Mestrado (N= 4; 50%), e quanto à categoria profissional eram em igual número Enfermeiros ou Graduados (N=3; 37,5%).

QUADRO 1 - Quadro de caracterização sociodemográfica dos participantes

Caraterísticas sociodemográficas		N	%
Género	Masculino	2	25
	Feminino	6	75
Formação Profissional	Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal	2	25
	Especialização em Enfermagem	2	25
	Mestrado	4	50
	Doutoramento	0	0
Categoria Profissional	Enfermeiro	3	37,5
	Graduado	3	37,5
	Especialista	1	12,5
	Chefe	0	0
	Professor Assistente	1	12,5
	Professor Adjunto	0	0
	Professor Coordenador	0	0

3.2.7. Tratamento de dados

Os dados recolhidos foram tratados estatisticamente no programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 21,0 para o *Windows*, optando-se pela apresentação dos dados sobre a forma de quadros de modo a permitir a sua melhor análise.

Efetuiu-se uma análise pela estatística descritiva, através de medidas estatísticas de frequência, como as frequências absolutas (n.^o), e relativas (%), medidas de tendência central, como a média (M) e de dispersão, como o desvio padrão (DP), valor mínimo (X_{min}) e valor máximo (X_{máx}).

3.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Segue-se uma análise dos dados relativos a este estudo tendo em conta os objetivos definidos inicialmente.

Em relação à questão “Que competências, no tutor, considera essenciais para o processo de supervisão em ensino clínico?”, a maioria dos indivíduos avaliou as competências capacidade de análise e supervisão e capacidade de comunicação assertiva, por forma a contribuir para a formação de novos enfermeiros, com um nível superior.

QUADRO 2 – Análise estatística da pergunta sobre as competências essenciais na Supervisão

Que competências, no tutor, considera essenciais para o processo de supervisão em ensino clínico?	M (0-5)	DP	Min.	Máx.
Desenvolvimento de conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos de formação	4,50	0,53	4	5
Observação e interpretação das ações dos alunos	4,50	0,53	4	5
Capacidade de ver o aluno de forma holística	4,37	0,52	4	5
Capacidade de se auto supervisionar	4,62	0,52	4	5
Capacidade de aprendizagem, reflexão e responsabilidade	4,62	0,74	3	5
Capacidade de análise e supervisão	4,75	0,46	4	5
Capacidade de comunicação assertiva, por forma a contribuir para a formação de novos enfermeiros	4,75	0,46	4	5
Gestão de emoções, por forma a desenvolver e melhorar a comunicação	4,62	0,52	4	5
Nível de atualização ao nível das técnicas de supervisão	4,25	0,46	4	5

No que diz respeito à questão “Que estratégias, de supervisão, considera eficazes na supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde mental e Psiquiatria?” a avaliação como promotora da reflexão foi classificada num maior nível de concordância.

QUADRO 3 – Análise estatística da pergunta sobre as estratégias mais eficazes na Supervisão

Que estratégias, de supervisão, considera eficazes na supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde mental e Psiquiatria?	M (0-5)	DP	Min.	Máx.
Descrição de situações, permitindo uma percepção refletida, seguida de uma análise, pretendendo definir o objeto de atenção e reflexão	4,37	0,74	3	5
Realização de reuniões de ensino clínico com a equipa responsável pelo ensino clínico, com vista a clarificar situações, permitindo o debate a questões relevante para a supervisão do aluno	4,37	0,52	4	5
Confronto do estudante com o seu saber aquando a solicitação de conteúdos teóricos, através do questionamento, levando à reconstrução que permite reorganizar uma determinada prática e melhorar o projeto profissional do aluno no que respeita a objetivos e atividades	4,37	0,74	3	5
A avaliação, como promotora da reflexão	4,50	0,75	3	5
A análise de casos, permitindo a análise detalhada de situações profissionais	4,12	0,64	3	5
As demonstrações práticas	4,37	0,52	4	5

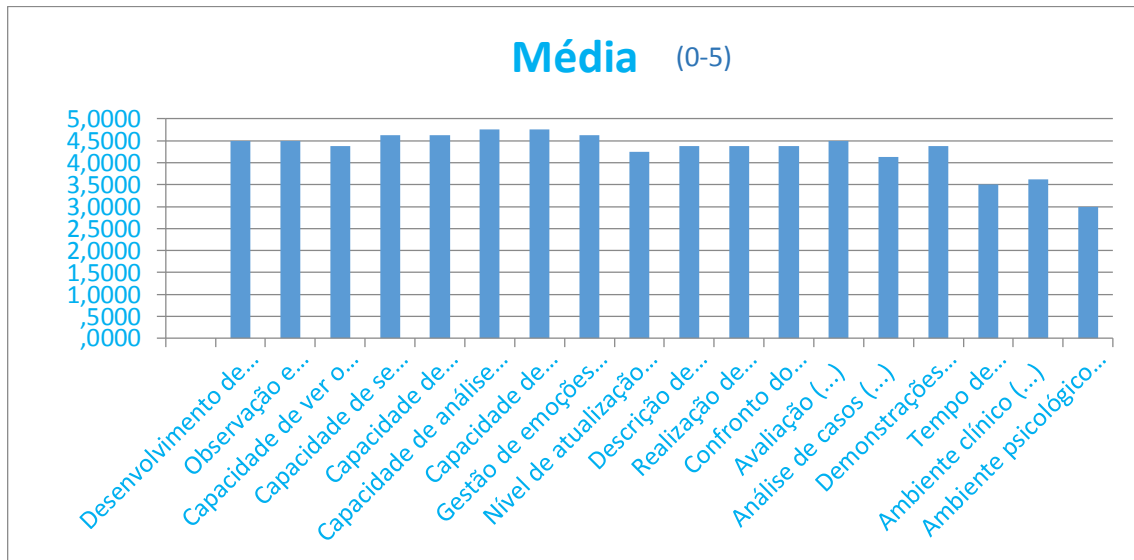
Relativamente à questão “Quais as principais dificuldades que encontra no processo de supervisão?” a maioria dos participantes concordaram que o ambiente clínico (recursos humanos; solicitações profissionais; distribuição de alunos; desfasamento teoria/prática; sequencialidade nos ensinamentos clínicos) como a dificuldade com maior nível de concordância.

QUADRO 4 – Análise estatística da pergunta sobre as principais dificuldades na Supervisão

Quais as principais dificuldades que encontra no processo de supervisão?	M (0-5)	DP	Min.	Máx.
Tempo de permanência em Ensino Clínico (presença/ausência do tutor para apoio/orientação)	3,50	1,30	1	5
Ambiente clínico (recursos humanos; solicitações profissionais; distribuição de alunos; desfasamento teoria/prática; sequencialidade nos ensinamentos clínicos)	3,62	0,74	2	4
Ambiente psicológico - apoio	3,00	1,07	2	5

Em seguida apresenta-se um gráfico representativo da média de todas as respostas ao questionário (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 - Resultado da aplicação do questionário



Pelo gráfico é também possível observar que o item que obteve uma classificação com menor nível de concordância foi o Ambiente psicológico – apoio (3,0), no que diz respeito às principais dificuldades no processo de supervisão, o que sugere que apesar de obter uma diferença pouco expressiva será o aspeto menos influenciador das dificuldades sentidas no processo de supervisão, na perceção dos entrevistados.

Desta forma, à inquietação inicial que conduz à perceção do papel percebido pelos tutores na Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, explorar-se-ão a resposta aos objetivos e questões de investigação.

Assim, com base nos resultados obtidos procura-se inicialmente abordar alguns dos principais pontos de discussão que o estudo promove, procurando-se em seguida dar a melhor resposta aos objetivos inicialmente desferidos que irá dar resposta às respetivas questões de investigação.

Verifica-se que na perspetiva da amostra em estudo as competências essenciais para o processo de supervisão em ensino clínico, dizem respeito à capacidade de análise e

supervisão (4,7), bem como a comunicação assertiva (4,7) com objetivo de contribuir para a formação de novos enfermeiros.

Simões, Alarcão e Costa (2008), num estudo efetuado, no qual o questionário do presente estudo foi baseado, referem que é essencial a análise e avaliação constante das práticas supervisivas, através de uma capacidade auto crítica, de forma a reformular ou melhorar a sua interação com o formando.

Também Henriques e Oliveira (2010) citando diversos autores reúnem um conjunto de características que devem estar presentes na supervisão, entre outras, a sensibilidade na perceção de problemas e suas causas, capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar problemas, hierarquizando as causas que lhe deram origem, capacidade de estabelecer uma comunicação eficaz e aptidões de relacionamento interpessoal.

Neste contexto O'Donovan *et al* (2011, p. 105) preconizam que a capacidade de melhorar as habilidades na supervisão em contexto de saúde mental inclui: “*didactic instruction, guided Reading, skill demonstrations and practice, problem – solving discussions, and guided supervisee self- evaluation of therapy content and process.*”

É na área da Saúde Mental que a relação supervisiva assume um papel considerável, com referência em vários estudos, como é o caso dos autores atrás citados, que preconizam que o grau em que os participantes têm uma boa relação de trabalho prediz a eficácia na resolução de problemas futuros em todo o processo de supervisão (O'Donovan, *et al*, 2011).

Cookson *et al* (2014) corroboram e defendem que a evidência sugere que a relação supervisiva beneficia substancialmente ao separar-se da linha de gestão e oferecer-se a escolha em quem fornece essa supervisão. No seu estudo verificaram que muitas das enfermeiras de saúde mental não recebem uma supervisão clínica adequada, e sustentam que o uso do acordo mútuo na supervisão é enfatizado nas diretrizes da mesma, destacando-se a sua importância.

Salientam assim, que ter uma boa compreensão dos papéis e responsabilidades de cada elemento é essencial para garantir a confiança e também o crescimento a uma abertura ao relacionamento, que posteriormente leva a maiores benefícios (Cookson *et al*, 2014).

No que diz respeito às estratégias consideradas mais importantes na supervisão em saúde mental, as respostas dos elementos em estudo revelaram que a avaliação como promotora da reflexão se destacou subtilmente das outras respostas (4,5).

De fato, a reflexão é uma das estratégias de supervisão mais citadas pelos autores. Soares (2004) defende que o desenvolvimento da formação profissional pode ser enriquecido através de uma perspectiva reflexiva. Citando Abreu (2003), sustenta que o acompanhamento e a reflexão são procedimentos implicados na aprendizagem em contexto clínico.

Já Silva e Sá Chaves (2008) aludem para a importância do profissional crítico, com comprometimento às transformações sociais, e ainda, científica e tecnicamente competentes para assumirem a complexidade do cuidado na saúde. Assim, segundo os autores, a grande imprevisibilidade das dinâmicas que organizam as práticas sugerem uma formação centrada na reflexão nas suas dimensões pessoal e profissional.

É importante salientar outras estratégias igualmente importantes e baseadas na reflexão, Simões, Alarcão e Costa (2008), salientam ainda a importância da discussão e liberdade para o aluno programar o seu percurso. E ainda, a análise de casos e as demonstrações, como estratégias que não podem ser desprovidas de conhecimento científico, pelo que se devem fazer acompanhar pela fundamentação de cada procedimento de enfermagem.

Como referido anteriormente, Ross (2013) também defende um modelo de supervisão baseado na terapia cognitiva cujo enfoque principal é a prática de Saúde Mental.

Por fim, quanto às principais dificuldades ao processo de supervisão, o ambiente clínico foi destacado com maior nível de concordância, pelos entrevistados, como sendo uma dificuldade, nomeadamente a nível de recursos humanos; solicitações profissionais; distribuições de alunos; desfasamento teoria/ prática; sequencialidade nos ensinamentos clínicos.

Relativamente a esta temática, Simões, Alarcão e Costa (2008) nomeiam a programação de ensinamentos clínicos como uma área problemática, que juntamente com a falta de tempo e a sobrecarga do serviço são assinalados para uma supervisão deficitária.

Concluem que para um ambiente facilitador da aprendizagem e uma supervisão centrada na pessoa, é fundamental uma comunicação entre os atores e instituições intervenientes

no ensino clínico. Referem que é ainda necessário que se realizem ações de formação em supervisão.

Também na perspetiva da ordem dos enfermeiros, o supervisor clínico, deve ser sujeito a formação específica com vista a desenvolver as suas competências pedagógicas no acompanhamento de novos profissionais, de forma a estar preparado para utilizar estratégias que facultem a análise de projetos de formação pessoal e reflexiva (Henriques & Oliveira, 2010).

O supervisor clínico é assim alguém para além da transmissão de saberes, é também alguém que motiva, facilita e estimula. Ao mesmo tempo é conselheiro, orientador e companheiro, para além de ser reconhecidamente competente e honesto na sua postura profissional (*idem*).

Numa abordagem mais geral pode-se advir deste estudo que, na perspetiva dos indivíduos inquiridos, as estratégias mais eficazes para a Supervisão em Saúde Mental baseiam-se na promoção da reflexão, principalmente nos momentos de avaliação. Também conseguida com a descrição de situações e a realização de reuniões de ensino clínico com a equipa responsável pelo Ensino Clínico, bem como com a confrontação do estudante com o seu saber aquando a solicitação de conteúdos teóricos.

Relativamente às dificuldades sentidas no processo de Supervisão o ambiente clínico, no que diz respeito aos recursos humanos, às solicitações profissionais, à distribuição de alunos, o desfasamento da teoria/prática e a sequencialidade nos ensinamentos clínicos, revelou-se ser de maior concordância entre os elementos inquiridos.

É também interessante perceber que, na perspetiva da amostra em estudo, o nível de atualização foi a competência considerada menos essencial para a supervisão no tutor. No que diz respeito às estratégias para a supervisão em saúde mental, as demonstrações práticas sugeriram com menor nível de concordância e como já foi referido anteriormente, o ambiente psicológico, nomeadamente o apoio, foi considerada a dificuldade com menor impacto negativo no processo de supervisão.

3.4. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Assim, destaca-se o papel dos tutores na Supervisão clínica em Saúde Mental como facilitadores de uma aprendizagem numa perspectiva reflexiva, baseada numa relação baseada na confiança e abertura, que leva a ganhos subsequentes.

O presente trabalho teve como objetivo geral refletir sobre o papel dos tutores no processo de supervisão em Saúde Mental, evidenciando em ensino clínico os atributos necessários para a qualidade da supervisão em Enfermagem de Saúde Mental.

Foram identificados fatores que contribuem ou poderiam contribuir para a melhoria do processo de supervisão em Saúde Mental, nomeadamente relativamente às competências, estratégias e dificuldades sentidas no processo de supervisão em saúde mental.

Pode se concluir que na perspectiva da amostra em estudo a capacidade de análise e supervisão e a capacidades de comunicação assertiva, salientaram-se como as competências essenciais em supervisão clínica, sendo a estratégia de supervisão a avaliação como promotora da reflexão a considerada mais eficaz na supervisão em Saúde Mental e Psiquiatria. O ambiente clínico surgiu como a principal dificuldade no processo de supervisão, para os entrevistados.

O papel do tutor na Supervisão Clínica em Saúde Mental destaca-se assim, por uma parceria na aprendizagem baseada na reflexão, com a promoção de uma relação aberta e confiável. Tal como Cookson *et al* (2014) referem o contexto de trabalho nos serviços de saúde mental expõe os profissionais a um nível alto de *stress* e *burnout*, pelo que uma boa relação supervisiva é essencial. Também O'Donovan *et al* (2011) mencionam a importância do campo da psicologia positiva para a promoção do bem-estar do supervisionado, onde o supervisor assiste o supervisionado, promovendo o aumento da auto eficácia, o compromisso com o seu trabalho e melhorar a resiliência.

A utilização de uma abordagem de auto relato leva à decisão da utilização do método de entrevista ou de questionário. Optou-se pela utilização do questionário neste estudo, mas é importante considerar a possibilidade de futuramente se utilizar o método de entrevista, de forma a dar resposta a uma série de questões que se levantam e que poderão ser melhor entendidas com este método. Segundo Polit, Beck & Hungler (2004), a entrevista tem como pontos fortes a probabilidade de as perguntas serem melhor interpretadas pelos participantes, uma vez que o entrevistador certifica-se que as questões foram entendidas e podem produzir informações adicionais para a interpretação das respostas.

O questionário aplicado levou a uma fraca expressão das respostas, pelo que se considera a utilização de um pré teste na possibilidade de aprofundar o tema futuramente, uma forma de garantir que o questionário é aplicável e responde com efetividade aos problemas inicialmente delineados. Ghiglione & Matalon (2005) referem que esta primeira fase do pré teste do questionário dá a perceção de como as questões e respostas são entendidas, contribuindo para minimizar os erros de vocabulário e de salientar recusas, incompreensões e equívocos. No entanto alertam para o fato de ainda assim não assegurar a aceitação do questionário na sua totalidade, nem a adaptação às necessidades da investigação.

Ao analisar os resultados deste estudo surge a inquietação de quais os contributos que o mesmo poderá ter para a área de Supervisão, e embora se considere que dada ao número da amostra ser reduzido, sendo um estudo descritivo, ousa – se considerar que possa despertar o interesse futuro na área numa perspetiva mais abrangente.

Como limitações deste estudo, foi assim identificado o tempo em que se desenrolou o estudo ter sido escasso, levando a uma elaboração de um questionário, sem utilização de pré teste, o que poderá ter contribuído para erros na compreensão do mesmo. Considera-se ainda que a forma como foi elaborado o questionário possa ter induzido a uma fraca expressão dos resultados, e admite-se algumas limitações no leque de opções apresentadas.

Como desafios para o futuro sugere-se a utilização da entrevista, com amostras de maior dimensão, que possam reforçar e clarificar estes resultados

4. CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório revelou-se de uma importância vital no desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que permite uma reflexão sobre o que foi realizado, aprendido e adquirido ao longo dos Ensinos Clínicos, com vista à aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde mental, assim como, procura demonstrar a real abrangência e importância do papel deste, junto das populações.

As diferentes intervenções de enfermagem especializada em Saúde Mental descritas neste relatório tiveram como foco a promoção e prevenção de saúde mental e o acompanhamento da doença mental, através de técnicas psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e de reabilitação psicossocial. O relatório espelha assim o desenvolvimento das competências no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental.

A investigação em enfermagem assume, cada vez mais, um papel relevante pela sua contribuição para a incrementação do conhecimento científico, e neste sentido, o desenvolvimento de trabalhos de investigação revela-se fundamental no processo de aquisição de competências nas áreas de especialidade em Enfermagem. Assim, foi desenvolvido um trabalho de investigação sobre a supervisão Clínica de Enfermagem em Saúde Mental, cujo título é o papel dos tutores no processo de supervisão em Saúde Mental.

Tendo em conta os objetivos inicialmente delineados (reconhecer o papel dos tutores na Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria; identificar as estratégias mais eficazes no processo de Supervisão em Enfermagem, nomeadamente em Saúde Mental, pelos tutores e identificar as dificuldades sentidas no exercício da supervisão, pelos tutores), chegou-se à conclusão que na perceção da amostra em estudo as competências essenciais em supervisão clínica que mais se salientaram foi a capacidade de supervisão e a capacidade de comunicação assertiva.

No que diz respeito a estratégia de supervisão considerada mais eficaz, destaca-se a avaliação como promotora da reflexão, sendo que o ambiente clínico surgiu como a principal dificuldade no processo de supervisão, para os entrevistados.

Este estudo foi fundamental para desenvolver as competências de investigador, solicitadas a um enfermeiro especialista, tal como permitiu o estudo concreto de uma realidade pouco explorada no nosso país, assumindo-se como um estudo piloto, ainda que numa população alvo não representativa da generalidade, poderá ser válido para futuros projetos de investigação na temática abordada. De modo a dar visibilidade ao percurso efetuado, foi elaborado um artigo científico para participar no V Congresso Internacional ASPESM.

É de destacar também, no âmbito da aquisição de competências da prática baseada na evidência, a elaboração do artigo científico publicado em *ebook* do IV Congresso Internacional ASPESM – Padrões de qualidade em Saúde Mental, sobre o acompanhamento de uma utente durante o Ensino Clínico no Departamento de Psiquiatria, cujo diagnóstico foi a Depressão.

A maior dificuldade sentida na elaboração deste trabalho prendeu-se com a articulação entre as diferentes vertentes: pessoal, familiar e profissional ao longo de todo o mestrado. No entanto, é nos momentos de maior desafio que se exige um maior autoconhecimento, pelo que todo este árduo percurso permitiu também à mestranda perceber que um dos maiores obstáculos na sua vida é a sua tendência para procrastinar, aliado ao fato de possuir uma mente inquieta que com alguma frequência se detém em vários conteúdos ao mesmo tempo, o que dificulta ainda mais a gestão do tempo.

Para finalizar, considera-se que os objetivos propostos para a elaboração deste relatório foram atingidos na sua totalidade, visto terem sido expostas ao longo do trabalho as atividades que permitiram a aquisição de competências especializadas e regulamentadas pela OE, exigidas ao enfermeiro especialista em Saúde Mental em Portugal, bem como, o processo de reflexão e maturação das experiências produzidas ao longo dos Ensinos Clínicos. Embora se revele que este processo de formação tenha sido desenvolvido com sucesso, fica a sensação que muito mais poderia ter sido dito, ficando o desejo e vontade de contribuir ainda mais para a visibilidade da profissão de enfermagem, e sobretudo, para o papel do enfermeiro especialista em saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, J. (2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi Editores; Coleção Metamorfoses
- Abreu, W. & Marrow, C. (2012). Clinical Supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and United Kingdom. *SANARE, Sobral*, v.11, n.2, pp. 16-24. Acedido em 02 de Fevereiro de 2014 em <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/285>
- Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45 (11), 53-57
- Abreu, W. (s.d.). *Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Acedido em 02 de Fevereiro de 2014 em <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>
- Aguiar, M. J. S. F. (2013). *Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39 (2), 202-10.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual Para o tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos: Transtornos de ansiedade, sexuais, afectivos e psicóticos*. (1ª Edição) São Paulo: Editora Santos
- Cardwell, P. & Corkin, D. (2007). Mentorship: the art and science. *Paediatric Nursing*, 19 (4), 31-2
- Chicória, M. F. I. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia. Bruxelas 14.10.2005
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2014, fevereiro) - Parecer sobre Bioética e Saúde Mental. In: *Conselho Nacional de Ética para as ciências da Vida (77/CNECV/2014)*, Lisboa.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. São Paulo: Editora Artes Médicas

- Dias, M. E. (2010). *Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: A intervenção do tutor*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Diretiva 2013/55/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de novembro de 2013. *Jornal Oficial da União Europeia*. 138-170. 28/12/2013.
- Fernandes, C., Santos B., Torres, R. & Lobo, V. (2012). Refletindo sobre a qualidade da supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: Perspetiva dos supervisores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7. Acedido a 15 de Março de 2014 em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n7/n7a05>
- Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio Jr, J. & Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. Campinas-SP., Vol. XI, nº 1, 15-24. ISSN 1982-3541. Acedido à internet a 7 de Fevereiro de 2014 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v11n1/v11n1a03.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Garrido, A. (2004). *A supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- George, J. B. et al (2000). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional* (4ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (2005). *O Inquérito: Teoria e Prática* (4ª edição). Oeiras: Celta Editora ISBN:972 – 774 – 120 - 7.
- Gilbert, T. (2001). Reflexive practice and clinical supervision: meticulous rituals of the confessional. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (2), 199-205
- Guerra, M. & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. (1ª Edição) Lisboa: Climepsi Editores.
- Henriques, C. & Oliveira, N. (2010). Supervisão Clínica: Que estratégias?. *Revista Sinais Vitais*, 90 (5), 42-46
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. (2ª edição). Lisboa: Fim de século – Edições Sociedade Unipessoal, Lda.
- Novo, S. (2011). *Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspetivas dos Enfermeiros Orientadores do CHNE, EPE*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança.
- Ordem do Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Proposta do Conselho Diretivo após aprovação por maioria na Assembleia de Colégio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica realizada no dia 16 de Julho de 2011. Aprovado por unanimidade, com alterações, na Assembleia Geral Extraordinária

de 22 de Outubro de 2011.p. 1-20. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da ordem dos enfermeiros*. Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de setembro na redação resultante das alterações operadas pelo Decreto-lei n.º104/98 de 21 Abril. Edição: Ordem dos Enfermeiros, 2012. Acedido em 10 de janeiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Conselho de Enfermagem, Lisboa. ISBN – 978-989-8444-18-9.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. 1ª ed. Lisboa: DGS

Organização Mundial de Saúde. (2001) - Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. [Acedido em 12/01/2014]. Disponível na Internet: www.dgs.pt

Pais Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.

Paúl, C., Ribeiro, O. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento - Um guia prático para Profissionais de Saúde*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

Polit, D. F., Beck, C.T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 0 - 7817 – 2557 – 7.

Queirós, A. A., Silva, L. C. C. & Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora. ISBN:972-8535-18-X.

Quivy, R. & Champenhoudt, V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grávida. ISBN: 9789726622758.

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série.nº35 (2011.02.18), 8648-8653.

Regulamento nº129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2ª série.nº35 (2011.02.18), 8669-8673.

Ribeiro, O & Ferreira, F. (2008). *Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Editora: Instituto Politécnico de Viseu. *RE* – número 35. Acedido em 12 de Fevereiro de 2014 em <http://hdl.handle.net/10400.19/357>. ISSN: 1647-662X.

- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. & Ferreira, P. J. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Editora: Instituto Politécnico de Viseu. *RE* – número 35. Acedido em 12 de Janeiro de 2014 em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa Social – Métodos e Técnicas* (3ª Edição). Atlas. ISBN: 9788522421114.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill. ISBN: 85-8680493-2.
- Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias*. (3ª Edição Revista e Aumentada). Coimbra: Edição do Autor.
- Silva, R., F. & Sá-Chaves, I. (2008) Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface* (Botucatu), vol.12, n.27, pp. 721-734. ISSN 1807-5762. Acedido em 12 de Janeiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n27/a04v1227.pdf>
- Simões, J. & Garrido, A. (2007). Finalidade das Estratégias de Supervisão utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 16 (4): 599-608. Acedido em 02 de fevereiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a03v16n4>.
- Simões, J., Alarcão, I. & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 6(6), 91-108
- Smedley, A. & Penney, D. (2009). A Partnership Approach to the Preparation of Preceptors. *Nursing Education Perspectives*, 30 (1), 31-36
- Soares, C. S. (2009). A formação de supervisores para a supervisão em ensino clínico. *Revista Sinais Vitais*, 85 (07), 49-58
- Soares, C. S. C. (2004). Supervisão e Formação Profissional: um estudo em contexto de trabalho. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos e cuidado na prática baseada na evidência*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Trzepacz, P. T. & Baker, R. W. (2001). *Exame Psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Yin, R.K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4ª Edição). Porto Alegre: Bookman. ISBN: 978-85-7780-655-3.